FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 225.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 21 *août* 1858,

Par J.-J.-Alfred BUZENET,

né à Dijon (Côte-d'Or),

Lauréat de l'École préparatoire de Médecine de Dijon,
ancien Élève des Hôpitaux de Paris,
Médaille de Bronze.

DU

CHANCRE DE LA BOUCHE,

SON DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1858

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	.....
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD, Président. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER, Examinateur. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. LASÈGUE.
BARTH.	LEONTE.
BÉCLARD.	ORFILA.
BECQUEREL.	PAJOT.
BOUCHUT.	REGNAULD.
BROCA, Examinateur.	A. RICHARD.
DELPECH.	RICHET.
DEPAUL.	ROBIN.
FOLLIN.	ROGER.
GOSSELIN.	SAPPEY.
GUBLER.	TARDIEU.
GUENEAU DE MUSSY.	VERNEUIL.
JARJAVAY, Examinateur.	VIGLA.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Regrets éternels !

A MON MAITRE,

LE Dr PH. RICORD.

Reconnaissance et affection.

Je prie MM. Gubler, Coffin, et Tarnier, de recevoir l'expression de ma reconnaissance pour la bienveillante amitié qu'ils m'ont témoignée et les conseils qu'ils m'ont donnés pendant le cours de mes études.

Je prie MM. Ch. Robin, Bassereau, et Alf. Fournier, de recevoir mes remercîments pour le concours qu'ils ont bien voulu me prêter.

A MES MAITRES.

A TOUS CEUX QUI M'ONT ACCORDÉ QUELQUE PART
DE LEUR AFFECTION.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22392154

DU

CHANCRE DE LA BOUCHE,

SON DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Depuis longtemps les auteurs qui se sont occupés de syphilis ont signalé la présence de chancres dans les régions de la face et de la bouche; mais la plupart ont confondu le chancre avec les affections syphilitiques secondaires et tertiaires qui affectent ces régions, et même avec des maladies tout à fait étrangères à la vérole. Depuis quelques années, c'est-à-dire depuis l'époque où, sortie de l'école du Midi, la théorie des deux chancres fut proclamée, le chancre céphalique a été mieux observé; car, par la forme constamment indurée qu'il paraît revêtir, il est devenu la plus forte objection que l'on puisse faire contre la dualité du virus chancreux. Mais en limitant ce travail aux ulcérations primitives de la bouche, je me suis moins proposé pour but d'aborder cette question de l'unité ou de la dualité du virus, question qui partage encore les syphiliographes, que de faire connaître les résultats auxquels m'ont conduit les faits que j'ai pu recueillir. Je tâcherai surtout, avec les conseils de mon bien-aimé maître M. Ricord, de tracer les traits principaux qui caractérisent le chancre des lèvres et de la cavité buccale : l'ignorance de ces caractères a plus d'une fois conduit le médecin à de faux diagnostics, et même à de regrettables opérations. Je n'ignore pas les difficultés qui se présenteront sur ce terrain encore inculte, où je ne trouve aucune route frayée, mais je compte sur l'indulgence de mes juges, et leur bienveillance pour mes efforts.

HISTORIQUE.

Les auteurs des siècles derniers parlent d'une manière si vague du chancre de la bouche, qu'il serait impossible de trouver une mention spéciale de cet accident dans leurs écrits. Il est fort difficile de distinguer dans leurs descriptions l'ulcère primitif des accidents consécutifs, ainsi que des ulcérations mercurielles. On ne peut accepter comme un rayon de lumière sur la constante infection qui accompagne le chancre de la cavité buccale, la remarque de Boerhaave, qui dit que le chancre des lèvres, et ceux contractés par des rapports vagues, exposent à des accidents plus dangereux que les autres. C'est vraiment depuis une quinzaine d'années que cette question prit sérieusement naissance. L'on remarqua d'abord que certains chancres étaient suivis d'accidents constitutionnels, et que d'autres n'avaient point de retentissement sur l'économie. Les idiosyncrasies, les constitutions, les tempéraments, furent d'abord invoqués pour expliquer ce phénomène; puis, comme l'observation avait fait constater que les chancres que l'on rencontre à l'extrémité céphalique sont toujours indurés et infectants, on fit jouer un rôle au siége de l'accident primitif. Ces remarques sur l'infection constante qui accompagne le chancre de la face étaient faites par M. Ricord toutes les fois qu'un cas de ce genre s'offrait dans la clinique, et M. Rollet les reproduisait en 1854 dans un compte rendu du service de l'Antiquaille. Cette mystérieuse particularité, signalée comme simple fait d'observation par notre maître, n'eut un aussi grand retentissement que parce qu'elle devint un argument contre une doctrine que venait de proclamer M. Bassereau, la doctrine de la nature différente des deux chancres. Aussi est-ce à dater de cette époque que l'attention des observateurs fut partout appelée sur ce point, et que surgirent les recherches spéciales.

Dans la clinique de 1856, M. Ricord insiste beaucoup sur le caractère tout spécial que revêtent les ulcérations de la bouche, ou

plus généralement encore celles développées sur la face et le crâne : « Je vous ai présenté dans nos bulles, disait notre maître, de nombreux exemples de chancres mous développés sur les régions du corps les plus différentes, sur les organes génitaux, sur les cuisses, sur les jambes, les bras, l'abdomen, le thorax. Je vous en ai montré partout, sauf en un point, la région céphalique. »

« C'est qu'en effet, Messieurs, durant vingt-cinq ans de pratique, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre simple développé sur la face ou le crâne. Et cependant, c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont présentés à mon observation. J'en ai rencontré sur toutes les régions de la tête, soit aux lèvres, soit à la langue, soit aux paupières, soit au front, soit aux narines, soit enfin sur les points où leur présence paraît le plus inexplicable, comme au milieu du cuir chevelu. Tous ces chancres appartenaient toujours, et comme fatalement, à une seule et même espèce, à l'espèce indurée, infectieuse. Ils s'accompagnèrent tous de symptômes propres à la vérole constitutionnelle ; pas un ne resta exempt d'induration, pas un ne se borna aux limites d'une lésion locale, sans retentissement sur l'économie, sans phénomène d'infection générale. »

Tout récemment, mon ami M. Alfred Fournier, en quittant le service de M. Ricord, publiait sur cette question un intéressant mémoire, dans lequel il rapporte l'histoire d'inoculations artificielles de chancres mous à la région céphalique. Pour M. Fournier comme pour M. Diday (nouvelles doctrines sur la syphilis), il n'y a pas dans cette constante infection que nous rencontrons, avec les accidents primitifs de la bouche, une preuve en faveur de l'unicité du virus chancreux, c'est en vertu d'une inaptitude spéciale à la région que la variété non infectante du chancre ne s'y implante pas, et si l'inoculation artificielle a pu faire naître des accidents de cette nature à l'extrémité céphalique, ils voient là non une imitation, mais une exagération de la contagion physiologique. C'est aux documents

puisés dans les travaux que je viens de citer, que j'ai pu joindre quelques observations d'inoculations faites sur la muqueuse buccale avec du pus provenant de la variété molle, et donnant naissance à des accidents de même nature. Ces derniers faits, que je dois à la bienveillance de M. le Dr Bassereau, me semblent donner une confirmation nouvelle à la doctrine de la dualité.

CAUSES, SIÉGE, FRÉQUENCE.

La seule cause qui donne naissance au chancre est le pus fourni par un accident de même nature; mais la certitude avec laquelle il se reproduit dépend de la variété qui aura fourni le pus. Quelques individus sont, dit-on, réfractaires au virus syphilitique, comme il en est qui le sont au virus varioleux, à la vaccine; sur de tels sujets, la variété infectante n'aura pas de prise. Mais le chancre simple, qui reste un accident local, celui qui fournit le pus fort des syphilisateurs, ne connaît pas de sujets rebelles ; il naît toujours quand on tente l'inoculation. Il suffit que du pus virulent soit mis en contact avec une surface ulcérée, ou déposé dans un follicule, ou qu'il ait d'abord détruit l'épiderme pour être mis en contact avec le corps muqueux, pour qu'il puisse se reproduire. L'orgasme vénérien ne joue aucun rôle dans le développement du chancre. Les auteurs rapportent à ce sujet des exemples de la dernière évidence. Ici c'est une mère qui, écrivant une lettre, place entre ses lèvres une plume dont s'était servi son fils, atteint de chancres, et elle est elle-même victime de la contagion. Van Swieten raconte l'histoire d'un commerçant qui, infecté à la suite de baisers lascifs, embrasse, en partant pour un long voyage, sa fille âgée de 11 ans, et laisse sur les lèvres de la pauvre enfant un triste gage de l'affection paternelle.

Tout contact suffit donc à la contagion, et les agents de transport sont innombrables. Tantôt c'est un verre à boire, une plume à écrire, une pipe, qui sert à l'inoculation ; tantôt c'est le doigt souillé par du pus virulent qui le porte aux lèvres. Ailleurs enfin, et c'est le

plus souvent, la contagion n'est due qu'à des baisers lascifs. Si nous voyons en effet quelques malades ignorer absolument la source de leur mal, la plupart au contraire, pour peu qu'on les presse de questions, finissent par en avouer la honteuse origine. Cette affection est l'apanage des grandes villes, et on l'observe plus fréquement chez les gens que leurs occupations ou leurs loisirs mettent à portée d'abuser des raffinements de la civilisation.

On observe l'accident primitif sur toute la muqueuse buccale, mais les lèvres et la langue en sont sans contredit le siége le plus fréquent ; on le voit également sur l'amygdale, le palais, les gencives. Quelques chiffres montreront la fréquence relative de cet accident sur les différentes parties de la bouche.

Voici tout d'abord les résultats que m'a fournis le dépouillement des 77 observations contenues dans le mémoire de M. A. Fournier.

	Hommes.	Femmes.
Chancres de la lèvre supérieure.....	22	4
Chancres de la lèvre inférieure.....	20	7
Chancres de la langue.....	9	3
Chancres des commissures.....	6	1
Chancres du palais.....	1	
Chancres de l'amygdale.....	1	
Chancres des gencives.....	1	
Chancres du sillon gingivo-labial.....	1	1

Les résultats qui me sont personnels sont analogues aux précédents.

Chancres de la lèvre supérieure.....	8
Chancres de la lèvre inférieure.....	9
Chancres de la langue.....	3
Chancres de la commissure.....	1

M. Ph. Boyer a avancé que la lèvre inférieure est plus souvent affectée de chancres que la supérieure : les relevés présents montrent que les deux lèvres en sont atteintes dans une proportion à peu près

égale. Le même auteur dit n'avoir jamais rencontré le chancre siégeant aux commissures. Cette dernière variété n'est cependant pas très-rare; les relevés précédents en contiennent 8 exemples sur un total de 98 observations.

Lorsque le chancre siége sur les lèvres, il en occupe soit la face cutanée, soit la face muqueuse, soit l'une et l'autre à la fois. Lorsqu'il siége sur la langue, c'est généralement vers la pointe de l'organe qu'on le rencontre, ou bien dans le voisinage. Les chancres des gencives sont beaucoup plus rares, cependant les relevés qui précèdent en contiennent trois cas. Enfin les chancres du palais, de l'amygdale, sont exceptionnels, ce sont des raretés pathologiques.

La fréquence relative du chancre de la bouche est assez grande; sur un relevé de 202 chancres observés par M. Melchior Robert, 188 occupaient les organes génitaux, et parmi les 14 qui siégeaient ailleurs, 7 se trouvaient sur les lèvres. Dans un relevé plus considérable publié par M. A. Fournier, dans les leçons sur le chancre, et portant sur 471 chacres indurés, observés dans le cours d'une année à l'hôpital du Midi, on trouve les rapports suivants :

Chancres des organes génitaux.....	445	
Chancres des organes des lèvres.....	12	15
Chancres de la langue.....	3	
Chancres de l'anus.....	6	
Chancres des doigts, orteils, nez, etc..	5	

C'est-à-dire 4 chancres de la bouche sur 100.

SYMPTÔMES.

Le chancre de la bouche présente un aspect et des formes très-variables, suivant le siége sur lequel on est appelé à l'examiner, et suivant l'époque à laquelle on l'observe. Telles sont ses variétés qu'une description unique ne pourrait donner qu'une idée insuffisante des divers aspects sous lesquels il se présente : nous aurons

donc à traiter séparément du chancre des lèvres, du chancre de la langue; à le considérer sur la peau, sur les muqueuses; il nous faudra de plus le suivre à ses différentes périodes.

Le temps qui sépare la contagion de l'apparition du chancre est sujet à de notables différences. Si la voie est frayée à l'inoculation par une plaie, une fissure, par une excoriation quelque légère qu'elle soit, l'apparition du chancre est assez précoce; c'est ainsi que, dans l'observation 9, nous voyons la pustule spécifique apparaître après 48 heures; mais dans le cas contraire, c'est à-dire lorsque les téguments sont sains, le développement du chancre est plus tardif, et plusieurs jours, plusieurs semaines même, peuvent s'écouler entre l'application de la cause et la première manifestation morbide; c'est ce que démontrent plusieurs observations que je rapporte. Le début de l'affection est variable : tantôt c'est une plaie qui s'établit d'emblée, petite d'abord, quelquefois fissuraire, d'autres fois arrondie, puis qui s'élargit ensuite en même temps qu'elle se creuse; tantôt c'est une pustule qui marque le début de l'affection : c'est-là ce que les malades appellent un bouton. La maladie peut présenter alors deux formes : ou bien en effet il arrive que la pustule se rompt de bonne heure, pour laisser à sa place une ulcération qui s'élargit, et prend le même caractère que dans le cas précédent; ou bien la pustule, à l'exemple des pustules varioliques, laisse transsuder un liquide qui, s'épaisissant au contact de l'air, forme une croûte adhérente, sous laquelle l'ulcère grandit, la croûte restant toujours intacte. C'est à cette dernière forme que l'école du Midi donne ordinairement le nom de chancre ecthymateux, ecthyma primitif.

Voilà donc tout d'abord deux formes bien différentes que peut revêtir l'accident primitif de la bouche, forme ulcéreuse, forme ecthymateuse : sur la membrane muqueuse de la cavité buccale, la forme ulcéreuse est la seule que l'on rencontre; l'on conçoit en effet que la production d'une croûte est impossible sur des organes où les parties sécrétées sont incessamment emportées par la sa-

live ou les différents liquides introduits dans la cavité buccale. La forme ecthymateuse est donc propre au tégument externe; c'est sur la face cutanée des lèvres qu'on la rencontre. Hâtons-nous de dire qu'il n'existe entre ces deux formes qu'une différence extérieure ; ce qui le démontre, c'est qu'en certains cas qui sont loin d'être rares, lorsque le chancre siége sur le bord libre des lèvres, c'est-à-dire sur le tégument muqueux et le tégument cutané à la fois, on le voit se présenter dans l'une de ses moitiés sous la forme ulcéreuse et dans l'autre sous la forme d'un véritable ecthyma recouvert de sa croûte.

Quel que soit son mode d'origine, le chancre ne tarde pas à grandir pour atteindre en un ou deux septénaires une étendue moyenne qu'il ne dépasse guère ; la plupart des chancres que j'ai eu l'occasion d'observer sur cette région pouvaient être comparés pour l'étendue à une pièce de 20 ou 50 centimes. Il est rare de les voir plus petits, et ce n'est que rarement aussi qu'on les voit s'élargir au point d'acquérir les dimensions de 2 à 3 centimètres. Ces chancres se limitent donc rapidement comme d'ailleurs la plupart des chancres infectants ; mais en revanche ils présentaient une singulière tendance à rester stationnaires. Nous reviendrons du reste sur ce point à propos de la marche et de la durée.

Le chancre buccal examiné à sa période d'état est bien loin de présenter les caractères que l'on attribue généralement au chancre huntérien ; c'est même là ce qui explique comment le chancre de la bouche a pu être si longtemps méconnu avant les travaux de l'école du Midi, et comment certaines écoles opposées ont pu en nier jusqu'à l'existence. Il est rare, en effet, que l'accident primitif de ces régions se présente avec cette forme nettement arrondie, avec ces bords taillés à pic, avec ce contour bien dessiné, avec ce fond inégal, grisâtre et pseudo-membraneux, tous caractères que, d'après les croyances anciennes, devait fatalement revêtir le chancre. Il y a loin de ce type classique au chancre dont nous allons nous efforcer de donner une description aussi exacte que possible.

Prenons pour type un chancre labial que nous supposerons développé sur le bord libre de l'une ou l'autre lèvre, siége que l'accident primitif affecte en effet le plus fréquemment. L'ulcération est généralement ovalaire, et l'ovale qu'elle figure à son grand axe, parallèle au bord libre des lèvres, c'est-à-dire transversal. Quelquefois elle est très-superficielle et l'on dirait que toute la lésion consiste dans une exfoliation de l'épithélium; plus souvent elle entame le derme muqueux, mais en restant toujours superficielle; car c'est un des caractères des chancres de cette région de ne point attaquer profondément les tissus, si bien que, comme nous le dirons plus bas, ils ne laissent souvent après eux aucune macule cicatricielle; il est fort rare que l'ulcération comprenne tout le derme et détruise les tissus profondément.

Ce qui précède indique implicitement que les bords de l'ulcération ne présentent pas les caractères habituels que l'on considère à tort comme un signe pathognomonique des ulcérations chancreuses; loin d'être nettement découpés, taillés à pic, renversés en dehors, les contours de la plaie sont affaissés et se continuent insensiblement avec les parties voisines.

Le fond de la plaie est rarement anfractueux, irrégulier, vermoulu le plus souvent, il est lisse, rougeâtre, parfois même violacé et comme vineux. Ce n'est qu'exceptionnellement enfin qu'on le trouve recouvert de cette matière lardacée, grisâtre, pseudo-membraneuse, dont on a encore fait un des caractères obligés de tout chancre. Il ne revêt cet aspect que quand il a été irrité par l'application intempestive de médicaments irritants ou de certaines substances excitantes comme la fumée du tabac. Cette ulcération est généralement supportée par une base épaisse, engorgée, sur le caractère de laquelle nous aurons longuement à revenir.

Une quantité de suppuration presque insignifiante est sécrétée par la surface de cette ulcération qui est essentiellement indolente, si bien qu'au début elle peut passer complétement inaperçue et

qu'elle n'éveille pas l'attention des malades toujours portés à juger de la gravité d'une maladie par la douleur qui l'accompagne. Elle n'apporte qu'une certaine gêne dans les mouvements, en raison de l'épaississement des tissus qui la supportent; elle ne devient douloureuse que lorsqu'elle a été irritée, c'est-à-dire dans les différentes circonstances mentionnées plus haut.

Dans l'immense majorité des cas, l'ulcération est solitaire; il peut arriver cependant que l'on rencontre un double chancre à la bouche, et alors c'est tantôt de chaque côté et à égale distance de la ligne médiane que l'on rencontre cette double lésion, tantôt sur l'une et l'autre lèvre dans un point correspondant, tantôt enfin aux commissures.

C'est sous un aspect un peu différent que le chancre se présente dans les autres régions où nous aurons à l'examiner. Aux commissures, il prend un aspect spécial; l'ulcération généralement superficielle qui le constitue est séparée en deux moitiés par une rainure profonde et ulcérée qui correspond au point d'écartement des deux lèvres; cette fissure, que les mouvements des lèvres continuent sans cesse à tenir béante, rend la guérison souvent difficile à obtenir. A la face interne des lèvres, l'ulcération est en général plus creuse que sur le bord libre; les bords y sont plus abrupts, le fond plus inégal : il est probable que le contact incessant des dents n'est pas sans influence pour augmenter à ce niveau le travail ulcératif. Le chancre de la langue occupe très-généralement la pointe de l'organe; il est le plus souvent petit, plus étendu dans le sens antéro-postérieur que transversalement, quelquefois même presque fissuraire; sa forme peut varier par les simples mouvements de la langue; assez creux en général, il attaque le derme lingual; il est solitaire, et ce n'est que dans des cas tout à fait rares qu'on a signalé la présence d'un double chancre sur la langue; sur le dos de l'organe et sur sa face inférieure, il présente une certaine tendance à prendre une forme arrondie. Quant aux chancres observés sur d'autres régions de la bouche, gencives, sillon gengivo-labial, palais, amygdales, ils

ne sauraient se prêter à une description générale, et je ne puis pour leur étude que renvoyer aux observations particulières.

Un point capital dans l'étude du chancre buccal, c'est l'état de la base sur laquelle il repose, et, à ce propos, nous aurons à signaler de notables différences suivant la région qu'il occupe. Tantôt l'ulcération s'accompagne d'une abondante suffusion plastique dans le tissu cellulaire, et telle est en certains cas l'abondance de l'épanchement, que l'ulcération, soulevée bien au-dessus des parties saines, se présente sous l'aspect d'un mamelon saillant : cette infiltration donne aux tissus un degré de rénitence considérable, en sorte que le chancre paraît reposer, comme l'a dit notre maître, sur une demi-sphère de bois ou de silex ; dans ce cas, l'induration est extrêmement prononcée. Ajoutez encore, pour compléter cette description, que l'abondance de l'épanchement plastique constitue une véritable tumeur qui repousse la lèvre en avant et crée pour le malade une réelle difformité. D'autres fois au contraire la suffusion plastique est discrète, l'ulcération ne se double que d'une couche fort mince de ce tissu fibro-plastique qui constitue l'induration, il ne se présente ni soulèvement, ni déformation, et le chancre est sous une forme complétement analogue à celle que prennent si souvent les chancres du fourreau et de l'anus; il est alors, dans le langage de l'école, simplement parcheminé. Quelquefois même cette lame de parchemin, qui soustend la base de l'ulcération, devient tellement mince qu'elle demande pour être reconnue un doigt attentif et exercé. Ainsi donc les chancres de la bouche présentent les deux formes d'induration que peut revêtir l'accident de nature infectieuse, induration hémisphérique, induration parcheminée. La première s'observe surtout sur le bord libre des lèvres, et nulle part ailleurs, si l'on excepte les ulcérations de la rainure glando-préputiale, on ne la trouve mieux formulée. A un degré bien moindre, elle se rencontre encore sur les chancres des commissures et ceux de la pointe de la langue. La seconde forme, au contraire, est propre au chancre ecthymateux, c'est-à-dire qu'on la rencontre spécialement sur la face cutanée de l'une et

l'autre lèvre. Moins bien formulée, mais pourtant encore appréciable, elle s'observe à la face muqueuse de la lèvre et sur l'une et l'autre face de la langue.

Les chancres de la langue, pour être indurés, ne présentent pas néanmoins cette richesse de suffusion plastique que nous avons mentionnée dans les chancres du bord libre des lèvres ; l'induration n'y produit pas ces tumeurs, ces déformations que l'on observe sur ce dernier point ; elle y est plus limitée, plus restreinte. Quant à l'induration des chancres des gencives, du palais, le bon sens seul indique qu'elle doit être difficilement perceptible. Il paraît néanmoins, à en croire les observateurs qui ont eu l'heureuse chance de rencontrer des faits de ce genre, que, dans ces cas, le caractère spécifique peut encore être reconnu.

Il est difficile de préciser l'époque à laquelle se manifeste l'induration sur les chancres de la bouche, car, le plus souvent, le début de l'affection n'est pas remarqué ; ce que l'on peut dire, c'est qu'elle paraît assez hâtive, car dans les cas où le chancre a été observé à une époque assez voisine de son origine, l'induration était manifeste. Elle persiste, en général, pendant la durée de l'ulcération, et souvent encore elle survit à la période ulcéreuse ; mais il est des cas, et j'insiste sur ce point, où l'induration disparaît avant que la cicatrice soit faite, ce qui peut compliquer le diagnostic. On a même dit que des chancres, qui cependant ont infecté les malades, n'avaient jamais présenté d'induration manifeste pour des observateurs attentifs et habiles. Si de tels faits existent, ils sont du moins fort rares et je n'ai pas eu l'occasion d'en observer ; mais il n'est pas permis pour cela de dire qu'il y a des chancres simples qui infectent, que le chancre mou et le chancre induré ne sont qu'une même espèce pathologique. Pour nous, le chancre infectant n'est pas constitué par l'induration ; le chancre est infectant ou simple, suivant la source à laquelle il a été puisé, et si l'on était remonté à l'origine de la contagion pour ces chancres restés non indurés qui ont infecté les malades, on aurait certainement trouvé pour ascendant un chancre

infectant. Pour les ulcères primitifs qui offrent cette rare particularité, il faut tenir compte et de l'aspect, et de l'adénopathie qui ne fait jamais défaut ; c'est un signe de plus qui leur manque, voilà tout ce que l'on peut dire. Pour nous, l'induration est dans le chancre infectant un signe qui équivaut à la crépitation dans les fractures, mais qui peut faire défaut dans des cas nettement tranchés.

Après avoir parcouru pendant un temps plus ou moins long ses deux premières périodes (période d'augment, période d'état), le chancre buccal entre dans sa troisième phase ou période de réparation. Cette terminaison n'offre rien de spécial, je n'y insisterai donc pas : un travail de cicatrisation lent et progressif marque la terminaison du chancre buccal. Il est rare que quelques accidents viennent mettre obstacle au travail de réparation ; ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on voit se manifester la gangrène. La tendance au phagédénisme, si rare en général pour le chancre infectant, l'est encore plus pour le chancre buccal. Cet accident, lorsqu'il se manifeste , doit être attribué le plus souvent soit à des pansements mal faits et irritants, soit à des cautérisations intempestives. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de ce genre à la consultation de M. Cullerier. La moitié de la lèvre inférieure et la moitié inférieure de la joue, jusqu'au niveau de la branche montante du maxillaire, n'offrent sur le malheureux malade qu'une surface ulcérée simulant une destruction carcinomateuse.

La marche du chancre buccal est en général assez lente, surtout lorsque l'accident siége sur le bord libre des lèvres : il semblerait qu'à ce niveau le travail cicatriciel soit gêné par la tension extraordinaire des tissus ; le chancre de la langue, en général plus limité, se cicatrise plus rapidement.

Il serait difficile de préciser la durée du chancre buccal ; ce qu'on peut dire de plus général, c'est que cette durée est longue souvent de plusieurs mois ; ajoutons toutefois, pour corriger ce que cette évaluation a de trop général, que la durée de certaines ulcérations, et notamment des ulcérations cutanées, est bien plus limitée.

Une des terminaisons du chancre buccal, sur laquelle j'aurai l'occasion d'insister plus loin, est sa transformation sur place en papule muqueuse, devant y revenir dans un des paragraphes suivants.

Un dernier point de l'histoire de cet accident est la cicatrice qui lui succède ; ce point est d'autant plus intéressant qu'il se rattache à une question doctrinale, celle de l'origine de la vérole. Il arrive souvent, en effet, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que le chancre passant inaperçu, les malades se présentent à l'observation affectés d'accidents secondaires dont la véritable origine peut être méconnue ; la cicatrice seule peut, avec l'adénopathie, éclairer sur la source réelle de l'infection : quelques mots donc sur la cicatrice qui survit au chancre. Sur la face cutanée des lèvres, l'ulcération primitive laisse en général une cicatrice, ou pour mieux dire, une macule caractéristique. « C'est un stigmate tout spécial, se présentant sous l'aspect d'une tache arrondie, brunâtre, sombre, bronzée; cette macule est très-persistante ; avec le temps sa coloration foncée, due probablement à une altération particulière du pigment, finit par disparaître et laisse une tache blanchâtre qui n'a plus de signification particulière » (leçons sur le chancre). J'ai dit à dessein que l'ulcération laissait une macule plutôt qu'une cicatrice, c'est qu'en effet on se rappelle que le travail ulcératif n'envahit en général dans cette variété d'accident que les parties les plus superficielles de la peau ; il ne se fait point de cicatrice véritable du derme, et par suite il ne subsiste pas de cicatrice analogue à celle des ulcérations de la variole ou de l'ecthyma.

Sur la muqueuse, la cicatrice est en général encore moins marquée; après un certain temps on peut même dire qu'elle s'efface absolument, de telle sorte que l'œil le plus attentif ne peut en découvrir aucun vestige. Du reste cette disparition absolue d'une cicatrice n'est pas un fait propre à cette région : on l'observe également pour les ulcérations à forme superficielle de la face muqueuse du prépuce et de la rainure glando-préputiale. D'autres fois, lorsque le travail ulcératif a envahi plus profondément les tissus, la cicatrice se con-

serve sous forme d'une perte de substance dont l'étendue est très-inférieure à celle qu'occupait le chancre sur la langue, elle ne se montre le plus souvent que sous la forme d'une simple fissure parallèle au grand diamètre de l'organe.

L'adénopathie qui accompagne le chancre buccal ne diffère pas de l'adénopathie satellite ordinaire du chancre infectant.

Précisons tout d'abord les ganglions qui peuvent être affectés par les chancres siégeant sur les différents points de la cavité buccale. D'après M. Sappey, les lymphatiques formeraient sur le bord libre des lèvres un réseau très-délié, ce qui explique la richesse de suffusion plastique sur cette région. Ceux de la lèvre supérieure, dirigés en dehors et en bas et anastomosés aux lymphatiques de l'aile du nez, suivent le trajet de l'artère faciale pour se jeter dans les ganglions sous-maxillaires postérieurs. Pour la lèvre inférieure, la disposition est un peu plus complexe : les lymphatiques latéraux se rendent aux ganglions sous-maxillaires antérieurs : les médians à un ou deux petits ganglions situés sur la partie moyenne du mylo-hyoïdien à égale distance de l'os hyoïde et de la symphyse du menton. Des lymphatiques de la langue, les uns, postérieurs, se rendent à plusieurs ganglions situés au devant de la veine jugulaire externe ; les autres, antérieurs de beaucoup, les plus importants, se rendent à un ganglion qui tantôt est accolé à la glande sous-maxillaire et tantôt à la grande corne de l'os hyoïde ; enfin les réseaux qui recouvrent les parties latérales de la langue se terminent dans les ganglions de la partie médiane et latérale du cou. Les lymphatiques des joues se rendent en partie aux ganglions parotidiens, en partie aux ganglions sous-maxillaires. Les lymphatiques du palais aboutissent aux ganglions situés sur les côtés du larynx ; ceux du voile se rendent aux ganglions situés sur les côtés du larynx et de l'os hyoïde, et au niveau de la bifurcation de la carotide. Ces divers ganglions seront affectés isolément ou en groupe, suivant l'étendue ou la multiplicité des ulcérations buccales.

Le caractère du bubon symptomatique du chancre de la bouche

est, comme nous l'avons déjà signalé, celui du chancre infectant ; c'est-à-dire que ce bubon consiste tout simplement en une tuméfaction dure et indolente du ganglion. Dans l'énorme majorité des cas, en raison du siége plus fréquent de l'accident primitif sur les lèvres, ce sont les ganglions sous-maxillaires que l'on trouve affectés ; ils sont augmentés de volume et se présentent sous la forme de petites tumeurs dures, mobiles, que l'on fait rouler sans douleur sous le doigt. Il est rare que le bubon symptomatique du chancre infectant présente des proportions considérables , il ne présente aucune tendance à s'enflammer, il se produit, il se termine à froid, en conservant pendant toute sa durée une complète indolence.

Cependant, moins que tout autre, le bubon sous-maxillaire n'est pas à l'abri de réaction inflammatoire : en effet, il existe dans cette région une cause permanente d'irritation pour les glandes qui sont incessamment comprimées par les mouvements des mâchoires; aussi voit-on quelquefois se bubon ce tuméfier, devenir douloureux, revêtir les caractères d'un engorgement strumeux chez les sujets disposés à la diathèse scrofuleuse. La suppuration peut même se produire, et il est curieux alors d'interroger la nature du pus fourni par le ganglion. Dans un cas de ce genre, rapporté par A. Fournier, l'inoculation donna un résultat négatif.

L'apparition de l'adénopathie symptomatique du chancre infectant est un phénomène précoce : dans l'observation 9 nous la trouvons au dixième jour après la contagion. C'est aussi un symptôme persistant par excellence: le bubon qui accompagne le chancre buccal ne fait pas défaut à cette loi ; il persiste après la cicatrisation, et cette survie est parfois considérable.

Je ferai remarquer que ce bubon fournit pour le diagnostic une indication de la plus haute importance. Très-utile à consulter, alors que l'accident initial est en pleine vigueur, il prend une valeur plus précieuse encore lorsque cet accident a disparu. J'ajouterai que c'est un symptôme qui ne fait jamais défaut, et, comme l'a dit notre

maître, ce bubon est le compagnon fidèle, obligé, du chancre de la région buccale.

On retrouvera dans les observations suivantes, et j'aurais pu du reste en donner un plus grand nombre, les divers symptômes dont il vient d'être longuement question.

OBSERVATION Ire.

B..., 25 ans, bonne constitution, employé dans un théâtre, se présente à la consultation du Midi le 2 août 1856.

Aucune maladie vénérienne antérieure. Ce malade nous apprend qu'il a fréquemment sur les lèvres de petites ulcérations. Vers les premiers jours de juillet (du 2 au 5), le malade eut avec une fille publique des rapports qui expliquent le siége du chancre actuel. Pas de rapports depuis cette époque : quinze jours après apparut sur le bord de la lèvre inférieure, du côté droit, un bouton qui quelques jours plus tard s'accompagna d'un gonflement sous-maxillaire du même côté.

Le 2 août. Ulcération de la lèvre inférieure, côté droit, près du bord libre. Sa largeur est celle d'une pièce de 50 centimes environ ; son fond est grisâtre, ses bords saillants, sa base est fortement indurée. Engorgement sous-maxillaire, dur, indolent des deux côtés, rien dans les ganglions cervicaux et autres ; pas d'autre ulcération. Douleurs péri-orbitaires, roséole, plaques muqueuses, naissantes, sur le pilier antérieur du voile du palais (côté gauche). Érithème du voile.

Traitement. 1 pilule de proto-iodure de 5 centigrammes; cérat opiacé pour panser l'ulcération.

Le 2 septembre, 2 pilules. L'ulcération de la lèvre est cicatrisée; 1er décembre, plaques muqueuses labiales.

Le malade est revenu plusieurs fois depuis à la consultation réclamer des soins pour des plaques muqueuses très-rebelles situées sur les amygdales et les piliers du voile du palais.

OBSERVATION II.

B.... (Jean), tapissier, 31 ans, tempérament sanguin. Ulcération sur la verge à l'âge de 18 ans, guérie sans traitement; depuis cette époque, aucun accident vénérien. Appelé par ses travaux à Marseille à l'époque des fêtes qui marquèrent le retour de nos armées d'Orient, il y vit une fille publique qui lui mordit la

langue ; survint une petite plaie qui, quinze jours après, ne laissait plus qu'une légère ulcération. A son retour à Paris, B....., obligé malgré les fatigues du voyage de remplir ses devoirs de mari, eut recours en cette occasion seulement à des rapports supplémentaires. Quelques jours après, la petite ulcération qu'il portait à l'extrémité de la langue s'agrandit rapidement ; la partie devint tuméfiée, douloureuse, et resta plus de deux mois à se cicatriser. Depuis six semaines le malade accuse de violentes douleurs de tête ; éruption cutanée datant de ces dernières semaines.

Le 9 décembre, le malade se présente à nous et l'on peut constater ce qui suit ; On trouve à la pointe de la langue une cicatrice sous laquelle persiste une induration, trace d'un chancre lingual. Le malade affirme n'avoir pas eu d'ulcération sur les organes génitaux, et l'examen le plus attentif n'en fait découvrir aucun vestige. Alopécie, engorgement des ganglions sous-maxillaires des deux côtés ; adénopathie sus-hyoïdienne, cervicale postérieure gauche, bi-inguinale, épitrochléenne ; syphilide herpétiforme du tronc et des membres ; plaques muqueuses du scrotum. — Une pilule proto-iodure de 5 centigr.

Ce malade rentre en mars 1857, à l'hôpital du Midi, affecté d'un iritis spécifique.

La dame B....., que j'eus l'occasion de visiter plus tard, présentait des accidents secondaires. Elle faisait remonter l'origine de sa maladie à l'époque qui avait été marquée par l'apparition des mêmes symptômes chez son mari.

OBSERVATION III.

Ch..... (Henri), artiste, 23 ans, tempérament lymphatique, contracta, il y a deux ans, une blennorrhagie. Depuis cette époque, pas d'accidents vénériens.

En mai 1856, après un mois de continence, il eut avec une femme des relations qui, huit jours après, furent suivies d'une ulcération située sur la lèvre inférieure (partie médiane un peu à gauche). Pas d'autres rapports sexuels depuis cette époque. Ch... nie tout rapport *ab ore*. L'ulcération qui, au dire du malade, était ronde, creusée à pic, peu douloureuse, et donnait peu de suppuration, s'accompagna, au bout d'un mois, de violentes douleurs de tête, localisées surtout dans les régions temporales et mastoïdiennes. Puis, un mois après, le malade voyant ses cheveux tomber, son corps couvert d'une éruption, alla réclamer des soins d'un médecin qui prescrivit un traitement mercuriel.

Le 12 septembre. Induration persistante à la place du chancre ; aucune cicatrice sur les parties génitales ; adénopathie sous-maxillaire gauche ; adénopathie bi-inguinale, marquée surtout à gauche ; quelques traces de *roséole* sur la face,

le cou, le tronc ; plaques muqueuses labiales ; plaques muqueuses de l'amygdale gauche ; érythème du voile du palais. — Une pilule proto-iodure de 5 centigr. ; gargarismes alunés.

La fille A..., avec laquelle le malade avait eu des rapports, ne présentait à cette époque et n'a présenté depuis aucun symptôme de syphilis.

OBSERVATION IV.

B... (Jules), 20 ans, tailleur, bonne constitution, eut, il y a un an (juin 1856), une blennorrhagie et quelques ulcérations sur le gland. Ces accidents disparurent au bout de trois semaines, sous l'influence de lotions faites avec de l'eau fraîche. Jusqu'au 1er juillet, pas d'accident. Ce fut alors que le malade, qui n'avait pas eu de rapports sexuels depuis un an, obtint les dangereuses faveurs de la fille J..., frangeuse. Quinze jours après, le malade vit apparaître sur la lèvre supérieure, du côté gauche, une ulcération qui, dix jours plus tard, était diagnostiquée chancre simple par M. Maisonneuve. Ce chirurgien fit une cautérisation et l'envoya, comme exemple de chancre simple céphalique, à l'hôpital du Midi. Le malade nie les rapports *ab ore*. Pas de coït depuis l'apparition de l'accident buccal.

Le 20 août. État actuel : ulcération située sur la lèvre supérieure, du côté gauche, ayant une forme arrondie, de 8 millimètres de diamètre environ, en voie de réparation dans sa moitié inférieure. La partie supérieure de sa surface est recouverte d'un enduit grisâtre; sa base est indurée. Adénopathie sous-maxillaire gauche, dure, indolente; quelques vésicules d'herpès sur la face externe du prépuce. Aucune trace de chancre sur les organes génitaux et les régions voisines. Dans les aines, quelques ganglions indolents que le malade dit avoir toujours portés; un ganglion cervical postérieur, situé à gauche, mais remontant à une époque antérieure à celle de l'apparition du chancre. Alopécie, surtout marquée depuis huit jours; céphalalgie temporale, surtout à gauche ; pas d'éruption cutanée.

Le malade est mis en observation. M. Ricord prescrit de simples lotions de vin aromatique sur l'ulcération.

Le 10 septembre. Le malade présente une roséole au début; quelques jours après, l'éruption se caractérise et un traitement mercuriel est prescrit.

OBSERVATION V.

L... (Gustave), 24 ans, tempérament sanguin, a contracté une blennorrhagie en 1853. Depuis cette époque, pas d'accidents vénériens. Vers le 1er mai 1857,

le malade dit avoir eu, à huit jours d'intervalle, des relations avec la même femme ; pas de coït consécutif. Coït antérieur remontant à trois mois. Les rapports *ab ore* sont niés par le malade.

Le 26 juin. Le malade se présente à la consultation, et nous constatons l'état suivant : deux petites ulcérations presque cicatrisées, ayant leur siége sur le bord de la lèvre inférieure, à égale distance de la ligne médiane. La base de ces ulcérations est indurée ; mais leur aspect rappelle plutôt le chancre mou à la période de réparation. Adénopathie sous-maxillaire, dure, indolente, plus marquée à droite qu'à gauche ; adénopathie cervicale postérieure ; roséole. Pas de traces d'ulcération sur les organes génitaux ; rien dans les aines. — Traitement mercuriel.

OBSERVATION VI.

D.... (Henri), 24 ans, sculpteur, bonne santé habituelle. En 1854, blennorrhagie qui fut soignée par M. Ricord. Depuis cette époque jusqu'au mois de mars 1853, pas d'accidents ; c'est alors que le malade vit deux petites ulcérations apparaître sur la langue. Il avoue avoir exposé ces parties à la contagion trois semaines auparavant. L'examen le plus attentif ne fait rien découvrir sur les organes génitaux. Les ulcérations de la langue ont mis plus d'un mois à se cicatriser.

Le 5 mai. *État actuel.* Cicatrice du bord droit de la langue, sans induration ; induration de la pointe de la langue près de la ligne médiane, un peu à droite ; adénopathie sous-maxillaire gauche dure, indolente, très-volumineuse ; adénopathie cervicale postérieure marquée, surtout à gauche ; rien dans les aines ; roséole à taches bien limitées sur le tronc ; érythème du voile du palais, plaques muqueuses du pilier antérieur du côté droit. — Une pilule proto-iodure de 5 centigrammes, gargarismes alunés.

OBSERVATION VII.

M. N....., 21 ans, sergent de ville, tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital du Midi le 25 août 1853, salle 1re, n° 22. En 1854, première blennorrhagie qui dure cinq ou six mois, traitée seulement par des injections. En 1856, au mois d'août, deuxième blennorrhagie. Jusqu'au mois de mai 1857, pas de nouvel accident. Apparition à cette époque d'une ulcération située sur la lèvre supérieure, vers la partie médiane. Le malade avait eu des relations avec plusieurs femmes depuis quelque temps ; il nie tout rapport anormal. Cette ulcéra-

tion mit deux mois environ à se cicatriser; mais, six semaines après son apparition, le malade fut pris de céphalalgie, et ses cheveux commencèrent à tomber. Il réclama alors des soins d'un médecin qui lui fit prendre des pilules dont il ignore la composition.

État actuel. Ulcération de la lèvre supérieure cicatrisée, induration persistante, adénopathie sous-maxillaire dure, indolente des deux côtés, adénopathie cervicale postérieure gauche peu marquée, aucune trace d'ulcération sur les organes génitaux et les régions voisines, quelques ganglions indolents dans l'aine droite, plaques muqueuses des amygdales.

Le 26 août. Une pilule proto-iodure de 5 centigr.

Le 7 septembre. Roséole au début. (Le traitement mercuriel est continué.) Pas de nouvel accident jusqu'à la sortie.

OBSERVATION VIII.

J..... (Louis), cordonnier, âgé de 20 ans. Aucune affection vénérienne antérieure. Depuis deux mois, relations habituelles avec la fille L..... Vers les premiers jours du mois d'août 1853, apparition d'une ulcération sur la commissure labiale du côté gauche. J..... se présente le 8 septembre à l'hôpital du Midi.

État actuel. Chancre induré de la commissure labiale gauche, adénopathie sous-maxillaire gauche dure, volumineuse, indolente; adénopathie cervicale postérieure, pas d'engorgement inguinal; plaques muqueuses hypertrophiées au prépuce.

Roséole papuleuse. — Une pilule proto-iodure de 5 centigr.; lotions chlorurées en poudre de calomel pour pansement des plaques muqueuses.

Le 19 septembre. — 2 pilules.

Pas de nouvel accident jusqu'à la sortie.

OBSERVATION IX.

B..... (Adrien), 32 ans, commis, bonne constitution, entre le 12 mars dans le service de M. Ricord.

Blennorrhagie il y a trois ans; pendant deux ans et demi, pas d'accidents vénériens. Le malade raconte qu'il reçut, il y a quatre mois, sur la face interne de la lèvre inférieure, un coup d'ongle qui occasionna une petite plaie; le jour même, il exposa cette plaie à une contagion directe; deux jours après, apparaît une vésicule blanche entourée d'un cercle rouge sur le siége de la fissure; bientôt la vésicule se crève, et laisse à sa place une ulcération qui se creuse rapide-

ment en donnant beaucoup de pus; la largeur de cette ulcération était environ celle d'une pièce de 20 centimes. Le malade alla réclamer des soins d'un médecin qui fit une première cautérisation le 8e jour, et une seconde deux jours plus tard; celle-ci coïncida avec le développement d'un engorgement sous-maxillaire du côté droit, engorgement qui d'ailleurs reste complétement indolent. Douze jours après l'époque de la contagion, apparition d'une autre ulcération, siégeant sur le menton, du côté droit. Cette ulcération s'élargit, se recouvrit d'une croûte, resta quelques semaines stationnaire, puis se cicatrisa.

État actuel. Cicatrices situées sur la face interne de la lèvre inférieure et sur le menton, induration persistante sous la base de l'une et l'autre cicatrice, adénopathie sous-maxillaire très-prononcée à droite, adénopathie cervicale postérieure, alopécie; pas de trace d'ulcération à la verge, quelques ganglions dans les aines; plaques muqueuses des amygdales. — Le traitement mercuriel est immédiatement prescrit.

Pas d'accident nouveau jusqu'à l'époque de la sortie.

OBSERVATION X.

Joséphine G....., fille publique depuis un an. Cette fille n'avoue pas de maladie vénérienne antérieure, et n'offre aucun symptôme qui puisse en faire supposer l'existence. Elle entre, le 1er octobre 1856, à Saint-Lazare, pour un chancre de la lèvre supérieure et des végétations. Cette ulcération siége sur le tubercule médian, qu'elle a détruit en partie, et repose sur une base fortement indurée. (Cette malade, comme celle qui fait le sujet de l'observation suivante, avoue la honteuse origine de cette infection.) Adénopathie sous-maxillaire dure, indolente des deux côtés; pas d'autre symptôme de syphilis. — Traitement mercuriel.

Le 25 octobre. L'ulcération est presque complétement cicatrisée; la lèvre de la malade présente, à la place de l'ulcération, une rainure qui, continuant le sillon sous-nasal, remplace le tubercule médian.

L'induration persiste encore le 1er novembre, mais l'ulcération est complétement cicatrisée, et la malade sort, ne présentant pas de symptômes actuels de syphilis.

OBSERVATION XI.

Marguerite D....., fille publique depuis quatre ans. Pas d'affection vénérienne antérieure.

On constate, le jour de son entrée, 14 octobre 1856, sur la lèvre inférieure du

côté gauche, une ulcération datant de quinze jours, au dire de la malade, et présentant les caractères suivants : les bords évidés sont irréguliers, le fond est grisâtre, purulent; les bords et la base de cette ulcération, dont la dimension est celle d'une pièce de 20 centimes environ, et les tissus circonvoisins, dans une étendue de 2 à 3 millimètres, sont fortement indurés; adénopathie sous-maxillaire gauche dure, volumineuse, indolente; pas d'autre accident. La malade est mise à l'usage du proto-iodure de mercure, et des pansements sont faits sur l'ulcération avec une pommade mercurielle. Quinze jours après, la plaie est cicatrisée, mais il reste à la place une induration du volume d'un pois.

La malade sort le 5 novembre, ne présentant à cette époque aucun symptôme actuel de syphilis.

OBSERVATION XII.

L....., 23 ans, ferblantier, entre à l'hôpital du Midi, le 23 avril 1858, salle 2, lit 2.

Blennorrhagie il y a deux ans; depuis pas d'accident. Ce malade, qui nie tout rapport sexuel depuis le mardi-gras, porte sur la lèvre inférieure, un peu à gauche de la ligne médiane, un *chancre* de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, et dont la base est indurée. On trouve un engorgement monoganglionnaire dur, indolent, sous l'os maxillaire du côté gauche; pas d'adénopathie cervicale postérieure; rien aux organes génitaux. On voit encore une autre petite ulcération bien circulaire et sans induration occupant la face interne de la lèvre du même côté. — Pansements au cérat opiacé et au calomel.

Deux mois plus tard, je revis ce malade avec des plaques muqueuses de la gorge.

OBSERVATION XIII.

P..... (Auguste), 21 ans, garçon de salle, entre dans le service du Midi, le 10 mai, salle 2, n° 3.

Aucune affection vénérienne antérieure. Le malade n'avoue pas de rapports depuis le commencement de février. Du 20 au 25 mars, il remarqua, sur le bord de la lèvre supérieure, près de la partie médiane, l'existence d'une ulcération qui s'agrandit un peu dans la semaine suivante, et pour laquelle il ne fit que des pansements avec la pommade au calomel, sans traitement général.

Le 10 mai. *État actuel.* Chancre de la lèvre supérieure de l'étendue d'une pièce de 20 centimes et en voie de réparation; adénopathie sous-maxillaire indolente des deux côtés; adénopathie cervicale postérieure, impétigo du cuir chevelu,

alopécie ; pas de cicatrices aux organes génitaux ; adénopathie bi-axillaire, bi-inguinale ; roséole discrète sur le tronc, le cou et les membres. — Cérat opiacé pour pansements, 2 pilules proto-iodure.

Le 21, le chancre est à peu près complétement cicatrisé.

Pas de nouvel accident jusqu'à la sortie.

OBSERVATION XIV.

D....., 19 ans, graveur, entre dans les salles du Midi le 18 mai 1857.

Chancre mou au mois de janvier de cette année. Pas de traitement interne, pas d'accidents consécutifs. Il y a environ cinq semaines, début d'une ulcération labiale, dont le malade dit ignorer la cause. Presque en même temps, développement considérable des ganglions sous-maxillaires. Pas de traitement interne.

État actuel. A la lèvre inférieure, un peu à droite de la ligne médiane, on trouve un chancre qui s'étend à la face interne de la lèvre, et sur son bord libre. Dans ce dernier point, l'ulcération est couverte de croûtes, tandis que sur la surface muqueuse elle est très-superficielle, recouverte d'une pellicule grisâtre qui la fait ressembler à une plaque muqueuse. La surface de l'ulcération présente la forme d'induration superficielle, qui a reçu le nom de *parcheminée*, ce que l'on peut fort bien constater en la pressant transversalement. Deux autres ulcérations plus petites, reposant également sur un fond parcheminé, à la face interne de la même lèvre. Adénopathie sous-maxillaire, peu développée à gauche, du volume d'un petit œuf à droite, indolente des deux côtés. Un ganglion cervical postérieur développé ; rien aux organes génitaux ; roséole encore mal accusée sur la poitrine et les membres supérieurs. Cette éruption devient très-évidente les jours suivants. — Traitement mercuriel.

OBSERVATION XV.

A....., 26 ans, est entré à l'hôpital du midi le 25 avril, salle n° 2, lit n° 1.

Aucune affection vénérienne antérieure à celle qui l'amène dans le service. Il y a sept semaines, le malade eut des rapports avec une femme, et, à la suite d'un commerce anormal, il vit, huit jours après, apparaître simultanément deux ulcérations labiales, l'une sur la lèvre inférieure, à 1 centimètre environ de la ligne médiane et à droite, l'autre sur le point correspondant de la lèvre supérieure. Le malade ne vit à cette époque aucun médecin.

Quelques jours après, il fut pris d'un accès de fièvre d'une certaine intensité, qui reparut les jours suivants, et à la suite duquel la surface cutanée devint le

siége d'une rougeur intense et d'un prurit très-incommode. Un médecin, de qui le malade alla réclamer des soins, reconnut une scarlatine à la période de desquamation, et ne tint aucun compte des ulcérations labiales datant d'un mois, regardant une sensation de brûlure et un peu de dysphagie, accusées par le malade comme symptômes appartenant à cette fièvre éruptive.

État actuel. 4 mai. On trouve sur les lèvres, à droite de la ligne médiane, deux ulcérations d'une petite étendue, superficielles, à base cartilagineuse; ces chancres sont en voie de réparation. Adénopathie sous-maxillaire, multiple, indolente; pas de vestige d'ulcération sur les organes génitaux; adénopathie bi-inguinale; plaques muqueuses des amygdales et du pharynx; roséole papuleuse; quelques pustules d'ecthyma. On voit encore, sur les bras et les jambes, l'épiderme soulevé se détacher par petites écailles. Cette desquamation furfuracée paraît devoir être attribuée à la fièvre scarlatine qui a débuté il y a un mois.

OBSERVATION XVI.

L..... (Jean), 19 ans, bonne constitution, entre, le 16 avril, à l'hôpital du Midi, salle n° 1, lit n° 10.

Le malade n'avoue aucune maladie vénérienne antérieure, et il n'en porte pas de trace.

Du 25 au 30 décembre, le malade portait sur la lèvre supérieure un bouton qu'il écorchait fréquemment. C'est dans ces conditions qu'il s'exposait auprès de la fille L....., sa maîtresse, qui, quelques jours plus tard, était enfermée à Saint-Lazare. La plaie, au lieu de se cicatriser, s'accrut, mais lentement et presque sans douleur. Le traitement consista en applications de cérat sur l'ulcération. Le malade remarqua, vers les premiers jours d'avril, une éruption prurigineuse des cuisses, de l'abdomen, des avant-bras.

État actuel. Ulcération de presque toute la face interne de la lèvre supérieure, empiétant un peu sur le bord libre; son fond grisâtre n'est pas induré, ses bords sont irréguliers; la plaie semble surtout creusée au centre. Adénopathie sous-maxillaire des deux côtés; adénopathie bi-inguinale cervicale postérieure. Pas d'ulcération à l'anus ni aux organes génitaux. Éruption prurigineuse des cuisses, abdomen, avant-bras; sillons spécifiques de la gale. — L'inoculation est faite sur le bras avec du pus de l'ulcération.

Le 17 avril. Résultat négatif. Le malade est mis en observation. Quinze jours plus tard, apparait une roséole. — Traitement mercuriel.

OBSERVATION XVII.

G....., 63 ans, bonne constitution ; entre le 1er juin, salle n° 2, lit n° 13.

Chancres mous et bubons suppurés il y a trente-sept ans, blennorrhagie il y a vingt-trois ans ; depuis cette époque, pas d'accident vénérien. Il y a quatre mois et demi le malade avoue s'être exposé à une contagion directe, et ce ne fut que six semaines plus tard que le malade remarqua l'ulcération qu'il portait sur la langue. Depuis trois semaines apparition d'une éruption sur le corps et d'ulcération à l'anus.

Etat actuel. Sur la face dorsale de la langue, à 2 centimètres environ de la pointe, tout à fait sur la ligne médiane, on trouve une ulcération presque entièrement cicatrisée, mais dont l'induration est très-nettement accusée. Engorgement mono-ganglionnaire sous la mâchoire du côté gauche (L'absence de l'adénopathie multiple s'explique fort bien dans ce cas par le siége du chancre, les lymphatiques de cette région allant se rendre à un seul ganglion sous-maxillaire.) Adénopathie cervicale postérieure; alopécie, croûtes du cuir chevelu ; rien à la verge ni dans les aines ; plaques muqueuses à l'anus; roséole papuleuse ; ecthyma lentieulé sur quelques points ; plusieurs plaques opalines de l'amygdale gauche. — Traitement mercuriel.

OBSERVATION XVIII.

Auguste P....., 20 ans, garçon de salle. Pas d'affection vénérienne antérieure. Il y a trois mois, à la suite de rapports qui dataient de dix jours, le malade vit apparaître une ulcération sur la face interne de la lèvre supérieure. Pas de traitement.

Etat actuel. Aujourd'hui l'on trouve une cicatrice avec induration persistante (parcheminée) à la place de l'ulcère primitif; roséole bien accentuée sur le tronc et les membres. Adénopathie cervicale postérieure ; un ganglion dur et indolent à l'angle de la mâchoire (côté gauche); rien aux organes génitaux ni dans les aines. — Traitement mercuriel.

OBSERVATION XIX.

Louis C....., 19 ans, serrurier, bonne constitution ; contracta il y a deux ans un chancre mou qui s'accompagna de bubons suppurés. On fit alors des pansements avec une solution de tartrate de fer. Pas d'accidents vénériens depuis cette époque. Ce malade se présente le 22 juin à la consultation du Midi, accusant de la

cuisson à l'anus; on trouve sur le tronc les traces d'une roséole au déclin; des plaques muqueuses végétantes de l'anus; une adénopathie cervicale postérieure, bi-inguinale, épitrochléenne et sous-maxillaire extrêmement prononcée à droite; les organes génitaux nous font reconnaître la cicatrice de son ancienne ulcération; le malade nie en avoir reconnu de nouvelles; mais on trouve à la face interne de la lèvre supérieure une ulcération à peu près complétement cicatrisée, à fond nettement induré, datant de trois mois, dont le malade ne croyait pas devoir parler malgré les plus pressantes questions.

OBSERVATION XX.

(Communiquée par M. Témoin, interne du Midi.)

B..... (Adolphe), 19 ans, appareilleur en gaz, forte constitution; entre le 15 mars, salle 10, n° 17.

Ce malade a été atteint de plusieurs blennorrhagies, l'une au mois de mai 1856, l'autre au mois de juin 1857, une troisième au mois de décembre de la même année. Cette dernière dura un mois environ, et le malade dit que c'est vers l'époque qui marqua sa disparition que des chancres apparurent sur les bourses; à cette époque le malade n'était pas encore affecté de phimosis, et il aurait constaté une ulcération sur le gland. Des chancres que l'on trouve près du limbe du prépuce, n'auraient paru, au dire du malade, que vers le 20 janvier, un mois après le coït infectant; à l'époque de ces derniers rapports, le malade s'était livré à des baisers lascifs, et il se rappelle qu'il portait alors des gerçures aux lèvres; il reconnut le chancre de la lèvre à la même époque, et il constata ceux du scrotum.

A son entrée dans le service, on constata l'état suivant: phimosis accidentel, induration facile à sentir sous le prépuce; deux autres plaies chancreuses situées près du limbe du prépuce présentant un peu d'induration; autre chancre sur le scrotum du côté gauche, plaque muqueuse du scrotum à droite. Dans les aines de chaque côté, pléiades ganglionnaires bien marquées de ganglions multiples indurés, non douloureux, roulant sous le doigt.

A la partie médiane de la lèvre inférieure, on trouve une plaie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, à fond grisâtre, sur le même niveau que la muqueuse et offrant une induration très-sensible. Engorgement des ganglions sous-maxillaires et auriculaires des deux côtés; rien dans les ganglions cervicaux, pas de roséole, rien dans le cuir chevelu.

Le malade est mis au traitement par la liqueur de Van Swieten. (Une cuillerée par jour.)

Le 27 mars. On voit paraître sur le tronc une roséole ; dans la gorge on trouve des plaques muqueuses sur les amygdales des deux côtés.

Le 31. Même état ; le chancre labial est transformé en plaque muqueuse et présente une plaque comme recouverte d'une membrane couenneuse ; même aspect sur les amygdales. — Cautérisations au nitrate d'argent.

Le 8 avril. Le malade sort ; le chancre labial a presque entièrement disparu ; celui de la verge est transformé en plaque muqueuse.

Le malade rentre le 20 : même état. — 2 piles de proto-iodure ; bains alcalins.

Le 10 mai. Le malade sort de nouveau ; la roséole a disparu, le chancre de la lèvre est cicatrisé, mais il reste des plaques muqueuses de la gorge aussi considérables qu'auparavant.

La femme avec laquelle ce malade contracta son chancre fut elle-même atteinte d'un chancre induré qui fut cause de son entrée à Saint-Lazare, au mois de mars 1857. Depuis, elle y est rentrée pour plaques muqueuses de la vulve.

PRONOSTIC.

Les faits que j'ai été assez heureux pour recueillir, ceux rassemblés par mon ami M. Fournier, dans son mémoire sur le chancre céphalique, établissent d'une manière bien évidente quel est le pronostic que l'on peut porter lorsqu'on rencontre un chancre de la bouche dans la pratique. Chez tous les malades atteints de cette affection, qui se sont présentés depuis de longues années à l'hôpital du Midi, dans les cas que rapportent les auteurs, on a pu constater régulièrement ou bien des accidents secondaires, ou, lorsque l'on n'a pas pu poursuivre l'observation, les premiers symptômes qui annoncent à coup sûr une infection constitutionnelle, je veux parler de l'induration et de l'adénopathie caractéristique. Cependant, et surtout en dehors du champ de la clinique, il existe bien dans la région céphalique des chancres non infectants. Pour expliquer cette rareté, qui s'oppose à ce que les praticiens, à qui il est donné d'examiner un nombre considérable de malades, rencontrent cet accident aussi peu fréquemment qu'il le semblerait logique, d'après la facilité, la constance avec laquelle la variété molle s'inocule, les uns ont

invoqué une modification qui serait apportée par le siége, d'autres, une inaptitude spéciale à la région. Ces différentes théories sont exposées dans le mémoire que j'ai cité plus haut. Mais il existe aujourd'hui dans la science des faits, pour quelques-uns, il est vrai, peu à l'abri d'une critique sévère, tandis que d'autres sont incontestables et prouvent que le chancre mou peut exister à la face, et que cette région ne jouit point d'une immunité absolue.

Examinons les hypothèses qui ont été faites pour expliquer la constante infection qui accompagne cliniquement le chancre de la tête. La première a été surtout exploitée par les adversaires de la doctrine des deux chancres. Dans ce premier cas en effet, où l'on fait jouer un rôle au siége, il faut admettre une influence du terrain sur la graine ou qu'un poison appliqué dans une région sera absorbé avec une infection générale, tandis que dans une autre il ne déterminera qu'un accident local, sans que les conditions physiologiques d'absorption puissent par une modification nous rendre compte de ce phénomène : ceci est contraire aux expériences faites avec les autres virus et à toutes nos idées sur la contagion. Du reste, dans les cas rassemblés par M. Alfred Fournier et dans ceux que je rapporte, toutes les fois qu'il a été possible de remonter à l'origine du chancre céphalique, on a toujours trouvé pour ascendant un chancre induré. Jamais au contraire on n'a relaté d'exemple d'un chancre simple d'une région quelconque développant sur la tête un chancre infectant. Une fois cependant nous avons vu un chancre mou, mais chez une femme syphilitique, être la source d'un chancre labial infectant. De plus, dans les cas où l'on n'a pas pu remonter à l'origine de l'infection, lorsqu'il s'est développé à la tête et dans une autre région deux chancres puisés à la même source, ils présentaient tous deux le même caractère, ils étaient tous deux indurés. Lorsqu'avec la lancette on a porté du pus de chancre simple sur la tête, l'inoculation donna des chancres qui restèrent mous et non infectants. Ces résultats de l'observation et de l'expéri-

mentation me semblent détruire complétement l'hypothèse d'une transformation du chancre produite par la région qu'il affecte.

Abordons maintenant la question d'immunité spéciale à la région. Il est certaines affections qui semblent avoir une prédilection spéciale pour certaines régions et ne se montrent qu'exceptionnellement dans d'autres : la diphthérite, si fréquente à la vulve et dans les voies aériennes, ne se rencontre que très-rarement à l'œsophage; la gale ne s'observe pas à la face, les lèvres sont un siége très-fréquent du cancroïde; mais pour plusieurs affections de ce genre il y a des raisons pour expliquer ces localisations; le chancre mou au contraire, qui naît d'une manière infaillible là où la cause est appliquée, lui qui ne trouve pas d'obstacle à son développement lorsqu'il s'agit d'une autre partie du corps, ne se rencontre pas cliniquement à la face, ou du moins est d'une extrême rareté; et cependant les recherches sur la contagion, les inoculations, les expériences des syphilisateurs nous ont appris avec quelle certitude on peut le reproduire. Ainsi donc, il semble évident qu'une immunité spéciale protége cette région contre les fréquentes atteintes de la variété molle, mais on a observé le chancre simple à l'extrémité céphalique, et je vais ici rappeler les faits de ce genre qui ont cours dans la science. Ces observations appartiennent à M. Ricord, Devergie, Diday, Bassereau.

La première qui est représentée dans l'Iconographie est relative à un chancre non induré de la gencive; la femme avec laquelle il avait été contracté portait des chancres qui ne furent point suivis d'accidents; il est vrai, notre maître ne vit point lui-même ces accidents, qui ne furent constatés que par le malade, l'inoculation ne fut point faite; mais s'il est permis d'élever sur ce fait quelques doutes que M. Ricord devenu plus exigeant a été le premier a susciter, attendu qu'un cas semblable ne s'est point reproduit devant ses yeux, je ne regarde pas moins cette observation comme étant d'un grand poids et méritant une sérieuse considération. Arrive ensuite le fameux chancre phagédénique de la lèvre envoyé par M. Venot; l'ulcéra-

tion a bien les apparences d'un ulcère chancreux, mais l'inoculation ne fut pas faite, et en examinant plus tard le malade M. Ricord crut plutôt reconnaître les caractères d'une variété de lupus que ceux d'un véritable chancre. Deux nouvelles observations sont produites, l'une par M. Bassereau, l'autre par M. Devergie aîné. Dans la seconde, l'ulcération s'accompagna d'un bubon sous-maxillaire qui suppura. Mais à son ouverture l'inoculation ne fut pas faite et l'on peut à juste raison voir, dans cette adénite, un retentissement sympathique sur les ganglions, et non un bubon d'absorption; un fait de ce genre, mais avec chancre infectant, qui s'est présenté dans les salles du Midi, est rapporté par M. A. Fournier; l'inoculation faite donna un résultat négatif. Plus récemment, M. Diday rapporte le cas d'une ulcération de la lèvre qui avait toutes les apparences et suivit la marche d'un chancre à base molle, dont il ne put faire l'inoculation à cause des conditions sociales au milieu desquelles vivait la femme qui en était affectée.

Si ces observations sont insuffisantes pour enlever toute incertitude sur l'existence du chancre simple à la tête, la science possède aujourd'hui des faits, de date plus récente, qui ne permettent plus de douter que la variété non infectante peut s'y implanter. Ceux qui suivent les cliniques de l'hôpital du Midi ont pu voir des exemples de chancre à base molle situés dans les régions mastoïdienne, temporale, sincipitale et au-dessous du menton, chez des sujets vierges de syphilis : aucun accident constitutionnel n'est survenu comme conséquence de ces inoculations artificielles ; celle du sinciput fournit du pus qui, sur le même sujet, put donner naissance à un nouveau chancre, caractère qui à lui seul suffirait presque pour prouver la nature non infectieuse de l'ulcération. Un fait semblable est rapporté dans la *Gazette médicale de Lyon* (31 décembre 1857), par M. Diday. Il s'agit de deux inoculations faites par M. Rollet à la région mastoïdienne, chez un vieillard cancéreux, vierge de syphilis. Le pus qui servit à cette expérience provenait de deux chancres bien évidemment simples et datant de quinze jours. Deux jours

après, à la place des deux piqûres, on voyait deux ulcérations qui conservèrent le caractère de chancres simples, et marchèrent pendant huit jours en prenant un assez grand développement ; ils se cicatrisèrent assez rapidement après une cicatrisation à la pâte Canquoin, et deux mois après il n'était survenu aucun accident qu'on pût leur attribuer.

Dans la *Gazette médicale* (Paris, 30 mars 1858), nous trouvons un mémoire de M. de Hucbenet, lequel contient la relation de nouvelles expériences. Il s'agit d'un chancre mou qui fut inoculé à la joue chez un sujet vierge de syphilis. Cette inoculation donna naissance à une ulcération à base parfaitement molle, qui s'accompagna d'un bubon sous-maxillaire suppuré : malheureusement, pour compléter cette observation, l'inoculation ne fut point tentée avec le pus provenant de l'ouverture du foyer. Puis nous trouvons le récit d'une seconde expérience, mais faite cette fois avec du pus provenant d'un chancre induré. Il s'ensuivit, dit l'expérimentateur, un ulcère profond, à base indurée, mais offrant plutôt l'empâtement inflammatoire que la véritable induration cartilagineuse ; cinq mois après, le malade n'avait pas encore présenté d'accidents constitutionnels. Dans cette observation, il n'est pas donné de détails suffisants sur le chancre qui a servi à l'expérimentation ; on dit qu'il était induré, mais on ne signale pas d'accidents secondaires, et cependant des renseignements précis à ce sujet seraient indispensables. Il n'est nullement question des engorgements ganglionnaires, qui sont les avant-coureurs certains d'une manifestation cutanée. Cette dernière observation, trop incomplète pour avoir une véritable signification, n'offre d'intérêt que parce qu'elle est l'objet d'un bizarre rapprochement avec un cas observé chez M. Vidal. Il s'agit ici d'un sujet syphilitique qui, victime d'une nouvelle contagion, portait sur la lèvre inférieure une ulceration chancreuse, laquelle présentait une induration œdémateuse et inflammatoire, au dire de l'auteur du mémoire lui-même : les ganglions voisins et d'autres détails non moins utiles n'ont, pas plus que dans l'autre cas, l'honneur d'une mention

spéciale. Cet accident que tout le monde, en partant des doctrines du Midi, eût pris pour un chancre simple à base dure, est aussitôt qualifié chancre induré, infectant ; puis s'appuyant sur cette première erreur, et fort d'une interprétation qui lui est toute personnelle, le professeur de Kieff en tire d'étranges conclusions pour mettre M. Ricord en opposition avec les doctrines qu'il professe, en lui prêtant des lois qu'il n'a jamais formulées. En effet, si le syphiliographe du Midi enseigne que, règle générale, on n'a pas deux fois un chancre induré, il n'a jamais dit qu'un sujet syphilitique ne pouvait pas avoir un chancre simple à base dure, ce qui, dans le cas particulier, me semble avoir fort bien son application, et si, répétant chaque jour le résultat de ses observations, il affirme que le chancre céphalique est toujours cliniquement induré, que c'est avec ce caractère qu'il l'a toujours rencontré, avant de voir un démenti aux doctrines que notre maître professe dans la forme de cette ulcération, que nous voulons bien du reste accepter pour un chancre, il fallait au moins tenir compte des quelques lignes suivantes : « Je ne nie point le chancre mou céphalique, je n'en conteste point la possibilité ; bien au contraire, je crois qu'il doit exister, et je l'appelle de tous mes vœux ; car, je le répète, j'en ai besoin pour un nouveau point de doctrine. Mais je ne puis vous parler que d'après les faits observés, et je maintiens en conséquence que, jusqu'à ce jour, il n'existe pas de fait bien établi de chancre mou céphalique. » (A. Fournier, Leçons sur le chancre.) Nous voyons donc que M. Ricord ne se refuse nullement à admettre la variété molle du chancre à l'extrémité céphalique, et que rien n'est moins légitime que les conclusions de M. de Huebenet.

Voici maintenant les faits observés par M. Bassereau, et qu'il a eu la bienveillance de me communiquer.

OBSERVATION Ire.

X..., garçon coiffeur, 24 ans, atteint pour la première fois de chancres vers la

fin de juin 1855, après des rapports avec une fille publique qui n'a pas été examinée, présente trois chancres mous du prépuce, sans bubon, le 6 juillet.

L'inoculation est faite le même jour avec du pus d'un de ces chancres sur le bord de la lèvre inférieure, partie moyenne.

Le 14 juillet. Ulcération suppurante de la largeur d'une lentille au point inoculé; gonflement notable de la lèvre.

Le 16. L'ulcération s'est agrandie d'un tiers; on trouve les ganglions sous-mentonniers douloureux : le chancre de la lèvre est de même nature que ceux du prépuce.

Inoculation de son pus au bras gauche, au-dessous des cicatrices vaccinales. Trois jours après l'inoculation du bras, vésicule à l'ouverture de laquelle on trouve déjà une petite ulcération taillée à pic. (Cautérisation de l'ulcération du bras avec la pâte de Vienne) Sous l'eschare on trouve, douze jours après, une cicatrice.

Le 6 août. Cicatrisation des chancres du prépuce; celui de la lèvre est cicatrisé le 16; le chancre et plus tard la cicatrice n'ont pas offert d'induration. Pas d'autre traitement que le traitement local. — Pansements avec de la charpie imbibée de vin d'aloès; cautérisation avec le nitrate d'argent.

Malade revu en décembre 1855. Aucun accident constitutionnel n'avait paru; il n'y avait pas de cicatrice difforme sur les lèvres.

OBSERVATIONS II ET III.

....., clerc d'huissier, 18 ans; pas d'affection vénérienne antérieure; coït suspect le 2 juillet 1855.

Le 5 juillet. Il s'aperçoit d'une écorchure sur le frein.

Le 7. Confrontation du couple malade : la jeune fille porte un chancre mou de la fourchette; le chancre mou dont le jeune homme est atteint est de même nature. — Le même jour, inoculation du pus du chancre du malade à la jeune fille et à lui-même; à l'un et à l'autre, à la commissure droite des lèvres.

Le 12. Les deux malades présentent une ulcération suppurante du point inoculé; l'ulcération est plus caractérisée sur la bouche de la jeune fille que sur celle du jeune homme; pas d'induration.

Le 20. L'ulcération de la bouche du jeune homme n'a pas fait de progrès; elle est grande comme une pièce de 20 centimes et aplatie par la lèvre supérieure; les ganglions sous-mentonniers et sous-maxillaires droits sont engorgés et légèrement douloureux. Le chancre de la bouche chez la jeune fille est très-douloureux; la joue entière est gonflée, quoique l'ulcération ne soit ni profonde ni plus grande

qu'une pièce de 20 centimes ; les ganglions sous-maxillaires droits sont engorgés et douloureux.

Le 30. Le chancre du frein est cicatrisé chez le jeune homme, et celui de la commissure en voie de guérison ; ni l'un ni l'autre n'ont offert de trace d'induration. Chez la jeune fille, le chancre de la fourchette était cicatrisé le 12 août et celui de la commissure le 20 du même mois. Aucune suppuration dans les ganglions, pas de trace d'induration. (Pansements des chancres avec de la charpie imbibée d'eau blanche, cautérisations fréquentes avec le crayon d'azotate d'argent). Ces deux malades, que j'ai revus quatre fois depuis cette époque, n'ont jamais été atteints d'aucun symptôme de syphilis constitutionnelle. Ils n'ont pas de cicatrice apparente sur les lèvres.

OBSERVATIONS IV ET V.

....., ouvrier typographe, 18 ans, coït suspect le 2 janvier 1856.

Le 7 janvier. Ulcération très-apparente du limbe du prépuce.

Le 10. Le malade est confronté avec une ouvrière de son âge qu'il accuse de lui avoir communiqué le chancre. Cette fille porte deux chancres mous, l'un à l'ouverture du méat urinaire, l'autre immédiatement au-dessous du clitoris ; le chancre qu'elle a communiqué est également mou. J'inocule le pus du chancre de la malade à elle-même et à sa victime, à l'un et à l'autre sur la lèvre inférieure. Le jeune homme porte depuis quelque temps une gerçure saignante sur cette lèvre; je dépose simplement un peu de pus virulent sur cette ulcération accidentelle; j'inocule la jeune fille à la face interne de la lèvre inférieure.

Le 14. Les chancres inoculés sont suppurants ; le jeune homme a la lèvre inférieure très-gonflée, les ganglions sont peu douloureux. Le chancre inoculé de la jeune fille a la largeur d'une pièce de 20 centimes ; il est creux, ses bords sont gonflés ; les ganglions sous-maxillaires commencent à être douloureux des deux côtés.

Le 25. Les chancres d'inoculation sont à peu près dans le même état ; cependant celui de la jeune fille s'est agrandi ; les ganglions sous-maxillaires sont gonflés et très-douloureux. Les chancres, chez le jeune homme et la jeune fille, ne s'indurent pas ; ils sont de même nature que ceux des organes génitaux.

Le 7 février. Les chancres génitaux sont cicatrisés chez les deux malades ; ceux de la lèvre sont en voie de réparation.

Le 20. Ils étaient cicatrisés sans suppuration des ganglions. Ils ont été traités, sur les organes génitaux, avec de la charpie imbibée de vin d'aloès ; sur les lèvres, avec des lotions d'eau aiguisée d'eau-de-vie, et des cautérisations avec le

nitrate d'argent. Les cicatrices ne sont ni difformes ni indurées. Pas d'accidents constitutionnels dans le cours de l'année.

OBSERVATION VI.

....., garçon marchand de vin, 26 ans, coït suspect les premiers jours de juin 1856.

Le 21 juin. On constate quatre chancres mous en arrière de la couronne; les ganglions ont été douloureux il y a huit jours, ils le sont moins aujourd'hui; ils sont légèrement tuméfiés : les chancres ont paru six ou huit jours après le coït.

Le 23. Inoculation du pus de l'un de ces chancres à la face interne de la lèvre inférieure, à l'angle gingivo-labial.

Le 28. L'ulcération de la lèvre est très-apparente; elle a la grandeur d'une pièce de 20 centimes; la lèvre est gonflée.

Le 1er juillet. L'ulcération de la lèvre a la grandeur d'une pièce de 50 centimes; elle empiète sur la gencive; les ganglions sous-mentonniers et sous-maxillaires droits sont légèrement tuméfiés et douloureux. La base de l'ulcération n'est pas indurée.

Le 14. Les ulcères situés en arrière de la couronne du gland sont cicatrisés. L'ulcération d'inoculation commence à se cicatriser sur la lèvre, mais elle s'est étendue sur la partie de la gencive qui recouvre la racine de trois des incisives inférieures.

Le 25. L'ulcération d'inoculation s'est étendue depuis le dernier examen; elle a détruit toute la gencive qui recouvre les incisives; toutefois le malade n'éprouve pas de douleur.

Le 4 août. L'ulcération ne fait plus de progrès, mais elle n'est pas cicatrisée.

Le 15. Toute la surface de l'ulcération gingivale d'une canine inférieure à l'autre est rouge et bourgeonnée.

Le 30. La cicatrice était fermée depuis quelques jours; il n'y a pas trace d'induration.

Le traitement a été uniquement local : les chancres du prépuce ont été pansés avec de la charpie imbibée de vin d'aloès, celui de la bouche avec de l'eau alcoolisée; il a été touché d'une manière réitérée avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 20 septembre. Le malade, guéri depuis un mois, ne présentait pas de difformité apparente de la lèvre. En écartant la lèvre inférieure, on découvrait la cicatrice gingivale. Une seule des incisives était dénudée profondément; mais il

n'est pas rare de rencontrer, parmi les gens qui ont les gencives enflammées chroniquement, des dents aussi déchaussées que celles de notre malade.

Ce malade n'a pas été revu.

Jusqu'ici nous n'avions rencontré que des inoculations faites sur la face et le crâne; ces dernières observations nous offrent un double intérêt. D'abord la confrontation des malades nous fait voir la variété molle de l'accident primitif transmise dans son espèce; puis nous constatons que le pus de ces chancres mous, inoculés dans la cavité buccale, donne naissance à des accidents de même nature. Dans l'un de ces cas, ce qui est surtout intéressant, c'est sur une ulcération préexistante qu'est déposé le pus virulent, de sorte qu'on ne saurait dire ici que la contagion a été non imitée, mais exagérée.

D'après l'examen des faits qui précèdent, d'après les observations de chancres simples inoculés à l'extrémité céphalique, on voit que la variété molle de l'accident primitif s'est implantée dans ces régions, toutes les fois que l'expérimentation du moins l'a tentée. Jamais on n'eut à constater une tentative infructueuse, et sous la lancette de hardis syphiliographes on vit toujours apparaître la pustule caractéristique. En présence de tels faits, nier le chancre mou de la face serait impossible, et cependant cliniquement on le rencontre si rarement que d'éminents praticiens, à la tête d'un hôpital spécial, et dans les nombreux sujets d'observation offerts par une clientèle immense, ne l'ont pas une seule fois observé. Pour expliquer cette mystérieuse particularité, on ne saurait invoquer des doctrines depuis longtemps délaissées, où l'on faisait jouer un si grand rôle au spasme cynique, à l'orgasme vénérien ; ce sont choses dont on a fait justice aujourd'hui. On ne peut plus admettre que l'acte vital élève un virus qui ne détermine chez l'un qu'un accident local, à un degré de virulence capable d'infecter la constitution chez un autre. On sait maintenant, depuis les recherches sur la contagion, que la nature des accidents qui suivent un chancre dépend de la nature infectante ou non infectante de l'accident qui en est l'origine. Mais

comment alors expliquer que la variété la plus contagieuse de l'accident primitif ne s'observe pas à la face?

Une raison, que quelques personnes considèrent comme ayant une certaine valeur pour expliquer cette rareté, leur semble inhérente aux symptômes mêmes avec lesquels se présente le chancre à base molle. On ne saurait nier en effet, disent-elles, qu'en général cette ulcération, le plus souvent multiple, douloureuse, inflammatoire, s'accompagne d'une abondante sécrétion de pus, souvent encore de retentissement inflammatoire et même de suppuration des ganglions voisins. Si nous venons à examiner quelle est la manière la plus fréquente dont se contractent les accidents qui ont la face pour siége, on comprendra que ceux qui sont atteints de chancres mous s'exposent rarement à les communiquer; car les malades sont persuadés qu'avec un aussi hideux cortége de symptômes, leur maladie ne saurait passer inaperçue. La variété infectante est au contraire à peu près indolente dans la grande majorité des cas; elle marche à froid, et se présente sous la forme d'une petite ulcération, lisse, vernissée, inquiétant peu les malades, qui ne voient là qu'une écorchure, ou qui parfois même éveille si peu leur attention qu'ils n'en soupçonnent pas l'existence. Si quelques malades, dont l'affection a débuté par les organes génitaux, sont plus tard victimes d'inoculations accidentelles, ce fait, pour les chancres de la variété non infectante transportés à la face, doit être d'une extrême rareté; car, malgré leur révoltante incurie, certaines personnes trouvent un moyen de protection dans ce penchant qu'ont les gens peu éclairés de juger de l'intensité d'une maladie par l'intensité des symptômes, et surtout la douleur qui l'accompagne.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur les observations que j'ai recueillies, nous voyons un fait intéressant à constater. Sur les 20 malades dont je rapporte l'histoire, un seul réclama les soins d'un médecin au huitième jour; 4, dans un délai qui ne dépasse pas six semaines, et les autres ont attendu de deux à quatre mois pour demander les secours de la médecine, inquiétés qu'ils

étaient ou par une adénopathie volumineuse, ou par des accidents secondaires. Dans ces conditions, un chancre mou n'eût-il pas été en pleine voie de réparation ou complétement cicatrisé? Si un bubon d'absorption était survenu dans les entrefaites, ou s'il avait suppuré après la cicatrisation de l'ulcère primitif, on n'eût vu dans une consultation d'hôpital, dans un dispensaire, ou qu'un abcès simple, ou qu'une manifestation scrofuleuse dans cet accident vénérien. Enfin n'a-t-on pas dit que le chancre mou, à la bouche et aux lèvres, incessamment soumis à l'influence alcaline de la salive, et n'étant pas entretenu par une cause interne, devait marcher à une plus prompte cicatrisation. La nature même des tissus si peu abondants en tissu cellulaire n'a-t-elle pas une certaine influence pour limiter la période d'augment du chancre?

Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer rendent compte, dans une certaine mesure, du peu de fréquence des chancres mous de la face; mais de là à la rareté avec laquelle on voit cet accident, il y a encore loin; et je dois avouer que, depuis plus de deux ans que je poursuis mes recherches sur ce point, il ne m'a jamais été permis de rencontrer, chez les sujets affectés de chancres mous dans une autre région, un accident de cette nature dans la cavité buccale. Néanmoins il est incontestable que le chancre non infectant peut exister à l'extrémité céphalique; indépendamment de l'inaptitude spéciale à la région, on peut invoquer différentes raisons pour expliquer cette rareté avec laquelle on l'observe : les premières sont celles qui s'opposent à sa facile reproduction, et parmi les autres, il faut surtout noter l'époque à laquelle les malades viennent se confier aux soins d'un médecin. Quoique l'inoculation artificielle prouve que l'existence de cette variété de l'accident primitif à la face est un fait authentique et certain, nous ne craignons pas d'affirmer qu'un pronostic fâcheux pourra toujours être porté lorsqu'une ulcération primitive de cette région se présentera dans le champ de la clinique.

DIAGNOSTIC.

Dans cette seconde partie de mon travail, je me propose de donner les signes qui permettent de ne pas confondre les chancres de la cavité buccale avec les affections étrangères à la vérole ou avec les affections syphilitiques secondaires ou tertiaires qui peuvent les simuler. Il est de la plus haute importance, dans une affection de ce genre, d'établir sûrement son diagnostic; car d'abord souvent, dans ces cas, le médecin a à répondre d'une manière précise aux magistrats; puis dans une affection comme celle qui nous occupe, on guérit à coup sûr par des médicaments spécifiques. En prenant séparément chacune des affections qui peuvent revêtir l'aspect de l'accident primitif et en imposer à l'observateur, je signalerai pour chacune d'elles les différences qui existent dans l'aspect, la marche, la terminaison; et, de plus, les phénomènes que l'on observe dans les régions voisines. Dans une ulcération comme celle qui nous occupe ici, c'est, bien plus que dans toute autre maladie, l'ensemble des symptômes, qu'un seul signe, l'aspect de la plaie, qu'il nous faudra considérer.

Mais en débutant, je crois devoir signaler une première cause d'erreur dans le diagnostic ou plutôt une difficulté. S'il est des affections qui peuvent simuler le chancre, il en est qui peuvent le dissimuler. Je ne citerai pour exemple que ce fait qui se présentait il y a quelque temps à l'observation de l'un de mes maîtres. Une jeune fille, d'un tempérament lymphatique, vint réclamer des soins de M. Gubler pour une éruption crouteuse qui occupait la lèvre supérieure presque tout entière. La forme blonde de l'affection ne pouvait rien faire soupçonner autre chose qu'une éruption vulgaire; ce fut sous cette impression que des soins lui furent donnés pendant quinze jours. Au bout de ce temps, la malade revint en accusant de la céphalalgie, de la courbature, et, en l'examinant avec attention, M. Gubler reconnaît les traces d'une roséole au début. Les organes

génitaux n'offraient pas trace d'ulcération, mais les ganglions sous-maxillaires étaient durs et tuméfiés, et l'on put constater, sur le bord libre de la lèvre, un chancre à base indurée qui avait été d'abord caché par les croûtes. Cet accident, chez cette fille lymphatique, avait été l'épine, le coup de fouet qui avait causé cette manifestation vulgaire. Voilà certes un de ces cas où l'origine de la syphilis eût été méconnue par un observateur moins attentif, et je regarde un semblable fait comme bien propre à servir de leçon.

Quelles sont maintenant les affections qui peuvent simuler l'accident primitif? Comme je l'ai déjà dit, les unes sont de nature syphilitique; ce sont : la plaque muqueuse ulcérée, les syphilides secondaires, le turbercule ulcéré, les tumeurs gommeuses après leur ouverture. D'autres sont de nature étrangère à la syphilis ; ce sont : le cancer, le cancroïde, l'épithelioma papillaire, les aphthes, l'herpès, les plaques opalines des enfants, les stomatites ulcéreuses et ulcéro-membraneuses, les ulcérations mercurielles, le scorbut, les scrofalides, le lupus, les ulcérations tuberculeuses, le furoncle, le charbon, la pustule maligne, les ulcérations signalées dans la coqueluche, les ulcérations produites par le tartre, par une dent cariée, par une brûlure, par l'abus du tabac à fumer. Il est évident *a priori* que, parmi ces affections dont je viens de faire l'énumération, il en est plusieurs qu'un peu d'attention suffira pour faire reconnaître, mais il en est d'autres pour lesquelles l'erreur a eu lieu fréquemment. Ajoutez encore qu'il est un signe, que les gens peu au courant des progrès de la science en syphiliographie regardent comme un critérium pour diagnostiquer tout chancre qui n'a pas peu contribué, en faisant souvent défaut, à causer de tristes désillusions. Je veux parler de l'inoculation.

De l'inoculation. Un fait encore peu connu, mais devenu irréfutable depuis les expériences d'inoculations entreprises dans ces dernières années, c'est l'inoculabilité très-différente de l'une et l'autre variété de chancre.

« Le chancre simple, à la période d'état, est inoculable à coup sûr au sujet qui le porte ; le pus qu'il sécrète conserve son caractère de virulence jusqu'à une époque avancée de la cicatrisation. Au contraire, le chancre, infectant même à la période d'augment, ou d'état, est d'une inoculation sinon impossible, du moins très-difficile à obtenir sur le sujet qui le porte.

Comparons, comme exemple, ce que fournit l'inoculation de l'une et l'autre variété de chancre interrogées à des périodes semblables de leur existence, c'est-à-dire à la période d'état :

Chancres simples : 44 inoculations, 44 positives ; chancres infectants : 55 inoculations, 55 négatives.

Voilà des résultats absolus de part et d'autre et absolument contraires.

Le chancre infectant, qui ne fournit pas d'inoculation positive à la période d'état, ne se laisse pas inoculer, à plus forte raison, à la période de déclin alors que la spécificité virulente décroît. » (Leçons sur le chancre.)

Ce résultat est entièrement conforme aux expériences de M. le Dr Puche, d'après lequel le chancre infectant ne fournirait que 2 fois sur 100 la pustule spécifique. J'ajouterai que M. Poisson, interne de M. Ricord, a obtenu des résultats complétement analogues aux précédents.

Cependant nous devons dire que, quand l'inoculation a été tentée dans les premiers jours de l'existence du chancre, on a obtenu un résultat positif. Un fait de ce genre est rapporté par M. Fournier ; l'ulcération datait de neuf jours.

A sa période d'état, le chancre infectant n'est donc plus inoculable sur le sujet qui le porte. C'est pour n'avoir point connu ce caractère que des chirurgiens, après avoir sans succès interrogé la nature de la maladie par l'inoculation, en vinrent à de regrettables opérations.

Accidents de nature syphilitique qui peuvent simuler le chancre.

Plaques muqueuses. La plaque muqueuse, avec les caractères et l'aspect qu'elle revêt ordinairement, ne saurait être confondue avec l'accident primitif; mais, lorsque sa surface est recouverte de bourgeons charnus (plaque muqueuse végétante), et lorsqu'elle est ulcérée, elle peut en imposer pour un chancre en voie de transformation secondaire. Je reproduis ici textuellement les lignes suivantes empruntées à MM. Davasse et Deville (*Archives générales de médecine*, 1845). On pourra, dans cette description, suivre pas à pas l'accident primitif et voir quels signes servirent à le distinguer de la papule muqueuse.

« Lorsqu'un chancre doit se transformer en plaque muqueuse, ce qui arrive ordinairement du quinzième au cinquantième jour de son existence, il paraît d'abord entrer en voie de réparation; sa surface, de grisâtre qu'elle était, devient rouge et bourgeonne de la circonférence au centre, de sorte que celui-ci est encore déprimé et grisâtre, tandis que celle-là est déjà rosée. En même temps l'auréole, qui circonscrivait le chancre, devient plus manifeste et d'une teinte plus sombre; on la voit s'étendre en largeur, se tuméfier légèrement et former avec la circonférence du chancre un disque régulier, lisse, d'une coloration violacée, saillant au-dessus du niveau de la peau et de la dépression centrale. Ce phénomène marchant avec la cicatrisation chancreuse, il résulte un disque plus saillant et plus large qui se recouvre d'une pellicule fine à la circonférence, tandis que le centre non encore cicatrisé reste déprimé, rougeâtre et même parfois grisâtre, ayant l'aspect véritablement chancreux. Quelquefois la pellicule ne se montre pas tout d'abord au moment où l'élévation de la pellicule et de l'auréole est complète; et alors on voit le signe diagnostique important signalé par M. Ricord, savoir, le bord déchiqueté, le liseré qui existe à la circonférence de la papule muqueuse, dont toute la surface est bourgeonnante et indique la trace

d'une ulcération antécédente de la peau. Les caractères principaux de la transformation du chancre en papule muqueuse sont, 1° le disque violacé ou rosé de la circonférence ; 2° L'état encore granulé et ulcéré de la partie centrale ; 3° La présence d'une pellicule qui se développe de la circonférence au centre ; 4° Dans quelques cas, le liseré déchiqueté ; 5° La coloration violacée de la circonférence. »

La papule muqueuse au contraire se présente d'abord sous l'aspect d'une plaque grisâtre, à contours bien nets, sans cercle inflammatoire, comme plantée sur une muqueuse saine. Sous l'influence de causes irritantes, comme l'usage immodéré du tabac, les boissons alcooliques, la présence d'une dent cariée, cette plaque s'est ulcérée et alors l'ulcération débute le plus souvent par le centre et gagne la circonférence. Les caractéres fournis par la base de l'ulcération sont d'une haute importance ; celle-ci en effet offre toujours dans le chancre l'induration spécifique ; dans la plaque muqueuse elle est molle ou ne présente qu'une dureté inflammatoire. Avec le chancre il existe constamment une adénopathie dure, indolente, tandis que dans le second cas un retentissement sur les ganglions est un accident exceptionnel et son caractère est alors d'être douloureux, inflammatoire. Le chancre est ordinairement unique, c'est le premier symptôme de syphilis ; la plaque muqueuse, très-souvent, multiple ne se rencontre guère que plusieurs mois après l'infection.

Si l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'état mou de la base de l'ulcération venaient, unis à l'aspect de l'ulcération, faire soupçonner l'existence d'un chancre mou, greffé sur une plaque muqueuse, il ne faudrait pas oublier que ce fait assez fréquent dans d'autres régions est si rare à la bouche que l'on n'en cite pas d'exemples. Du reste dans un cas de ce genre l'inoculation, moyen de diagnostic infaillible pour la variété non infectante, devrait être tentée pour trancher cette question avec certitude.

Ce qui pourrait jeter quelque incertitude sur le diagnostic de la plaque muqueuse et du chancre, ce serait la présence d'une adéno-

pathie à ganglions durs et indolents. On sait en effet que la diathèse syphilitique exerce sur le système ganglionnaire une influence spéciale, en vertu de laquelle des adénopathies multiples peuvent se déclarer quelque temps après l'infection. Il est quelques ganglions qui ressentent spécialement cette influence. Je ne citerai pour exemple que les ganglions cervicaux postérieurs, mastoïdiens, épitrochléens. Pour ce qui est relatif à notre sujet, je dois dire que les ganglions sus et sous-hyoïdiens, sous-maxillaires, subissent quelquefois la même influence, auquel cas on peut rencontrer une papule muqueuse de la bouche avec un de ces engorgements indolents qui accompagnent fatalement le chancre. L'erreur toutefois pourra être évitée si l'on se rappelle que ces adénopathies consécutives sont toujours moins prononcées que l'adénopathie primitive, et que de plus elles sont généralement symétriques. Reste enfin pour éclairer le diagnostic, l'aspect de l'ulcération, les commémoratifs, la succession des accidents, la présence de symptômes de même ordre, etc.

Syphilides ulcéreuses secondaires. A côté des papules muqueuses, il faut ranger immédiatement d'autres affections de même origine, mais de forme différente, qui peuvent aussi simuler l'accident primitif. Je veux parler des *syphilides ulcéreuses secondaires* de la cavité buccale.

D'après M. Ricord, « les mêmes lésions qui se développent sur la peau se développent également sur les muqueuses et mériteraient le même nom. Il y aurait donc des syphilides muqueuses correspondant aux syphilides cutanées, c'est-à-dire, à forme érythémateuse, papuleuse, ulcéreuse, tuberculeuse, seulement quelques-unes de ces formes seraient altérées par leur siége : c'est ainsi que la forme ulcéreuse remplacerait sur le tégument muqueux les formes pustuleuses et crustacées de la peau.

Eh bien, cette forme ulcéreuse se rencontre assez souvent à la bouche, sous la forme d'ulcérations plus ou moins larges, occupant

soit la face muqueuse des lèvres ou des joues, soit les piliers du voile du palais et les amygdales. Ces ulcérations reçoivent de la plupart des médecins la dénomination trop générale de plaques muqueuses. Cependant elles s'en distinguent par plusieurs caractères : ces ulcérations sont profondes, elles ne se bornent pas à découvrir le derme muqueux, elles l'entament, le pénètrent à une profondeur variable, leur fond est saignant, grisâtre, leurs bords irréguliers. Cette forme, d'après M. Ricord, répondrait à l'ecthyma et l'impétigo du tégument cutané : ce serait un impétigo ou un ecthyma de la muqueuse buccale, rapprochement qui devient saisissant, lorsqu'on voit sur le même malade ces lésions des muqueuses coïncider avec des manifestations du même ordre siégeant sur la peau. Une observation de M. Fournier montre mieux encore ce rapport : Un malade affecté d'une syphilide impétigineuse de la face présentait une large plaque d'impétigo sur la lèvre inférieure et le menton. Cette plaque sur le tégument cutané était constituée par une croûte épaisse recouvrant une ulcération ; elle se continuait sur la face muqueuse de la lèvre dont elle occupait une grande étendue ; mais à ce niveau l'affection n'était plus caractérisée que par une ulcération à laquelle l'absence de croûte enlevait l'apparence extérieure d'une affection impétigineuse.

Cette syphilide ulcéreuse peut simuler le chancre ; néanmoins la confusion sera évitée si l'on a égard aux commémoratifs et aux accidents concomitants. D'une part en effet, cette lésion toujours assez tardive succède à d'autres manifestations syphilitiques ; d'autre part, il est assez rare qu'elle se produise isolément, c'est-à-dire, sans être accompagnée d'autres accidents de même ordre siégeant sur des points différents ; ajoutez qu'elle ne présente pas une base indurée comme le chancre et qu'elle ne retentit jamais, comme lui, sur le système ganglionnaire.

Tubercule ulcéré. Ce n'est que dans le cas où le tubercule est ulcéré, et qu'il se montre isolé dans la cavité buccale, qu'il peut si-

muler le chancre; il se présente alors sous la forme d'une ulcération, à fond grisâtre, pseudo-membraneuse, dont les bords sont souvent taillés à pic, décollés et entourés d'une auréole érysipélateuse. Cette plaie repose sur un disque induré. Si de tels symptômes peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic, un observateur attentif ne saurait cependant en être victime. En effet, le tubercule débute toujours par une induration, et ce n'est que plus tard qu'il s'ulcère; le chancre commence par une ulcération, et ce n'est que quelques jours après que l'induration se manifeste. L'adénopathie spécifique est fatale avec le chancre de la bouche, le tubercule ne produit aucun retentissement sur les ganglions voisins. Celui-ci est ordinairement accompagné d'éruptions semblables sur un autre point du corps; le chancre est solitaire. Tandis enfin que ce dernier est l'accident du début de la syphilis, qu'il survient à une époque rapprochée des rapports infectants, qu'il est constitué par une ulcération superficielle, et ne laisse souvent aucune cicatrice sur la muqueuse buccale; le tubercule, au contraire, est un accident tardif, profond, intéressant toute l'épaisseur du derme, laissant après lui une cicatrice en forme de godet, et survenant sans cause appréciable chez des sujets qui ont déjà offert des signes de syphilis secondaire.

Tumeur gommeuse. Le premier caractère qui distingue cet accident du chancre, c'est sa multiplicité. Au lieu de débuter comme le chancre par une ulcération, elles se manifestent par de petites tumeurs qui ne se développent pas toutes en même temps et mettent toujours plusieurs mois pour arriver à l'ulcération. Elles sont à peine sensibles, dures au début, non adhérentes à la muqueuse, et souvent, à cet état, elles restent inaperçues des malades; enfin il s'y manifeste un peu de fluctuation, la tumeur s'enflamme, adhère à la muqueuse et s'ouvre le plus souvent par une fissure, parfois par plusieurs pertuis, en donnant issue à un pus caractéristique. Dans la cavité buccale, ces accidents s'observent surtout au voile du palais et à la face postérieure du pharynx. Souvent des ulcérations

profondes qui vont détruire une amygdale, le voile du palais; emporter la luette, sont annoncées par des lésions fonctionnelles si peu prononcées, que le malade et le médecin restent dans une trompeuse sécurité. Alors parfois, à la suite d'un effort de toux, parfois sans cause appréciable, la muqueuse se crève, le voile du palais se fend et l'on voit une ulcération plus ou moins large, à bords décollés, dentelés, entourés d'un peu de gonflement œdémateux; le fond est comme tapissé d'une fausse membrane jaune, grisâtre. Les tumeurs du voile du palais offrent surtout cette marche insidieuse. Jamais avec ces accidents on ne rencontre de retentissement ganglionnaire, tout se passe à froid dans la bouche. Ainsi, tandis que dans le chancre l'affection débute chez un sujet vierge de syphilis, par une ulcération qui s'étend peu à peu, s'indure, s'accompagne rapidement d'engorgement des ganglions lymphatiques, la tumeur gommeuse au contraire se présente chez les sujets qui ont déjà offert des symptômes secondaires de syphilis, débute par une tumeur, d'abord dure, toujours indolente, qui se ramollit ensuite et se vide en donnant issue à un pus d'aspect particulier, et laisse à sa place une ulcération qui n'amène aucun retentissement sur le système ganglionnaire.

Accidents de nature non syphilitique qui peuvent simuler le chancre.

Cancer. Le cancer profond se présente avec des caractères trop nettement tranchés pour qu'il me soit nécessaire d'insister sur les signes qui permettent de le distinguer du chancre. Une erreur n'est guère possible qu'avec un accident tardif de syphilis; car, le cancer débute par une tumeur, qui augmente progressivement, met la plupart du temps six mois à s'ulcérer en s'accompagnant de douleurs lancinantes; les ganglions voisins ne sont point affectés avant le quatrième mois. Une fois ulcérée, la tumeur est recouverte de fongosités mollasses qui saignent avec une extrême facilité, versant dans la bouche une abondante suppuration, et formant ainsi une surface ulcérée qui n'offre aucune tendance à se cicatriser. Voilà des symptômes qui

contrastent trop vivement avec le début, l'indolence du chancre, ulcération superficielle, l'engorgement précoce qui l'accompagne pour qu'il soit possible de commettre une telle erreur.

Cancroïde. De toutes les ulcérations qui simulent le chancre de la langue et des lèvres, c'est sans contredit celle qui nous occupe en ce moment, qui a donné lieu aux plus fréquentes erreurs de diagnostic. Ces productions cancroïdes se manifestent assez souvent sur la langue et les lèvres; si dans un point de ces organes il y avait une irritation chronique, c'est là qu'on les voit siéger de préférence. Elles revêtent à leur début la forme tuberculeuse; la maladie d'abord superficielle paraît sous la forme d'un bouton, d'une verrue qui semble n'offrir aucun mauvais caractère; puis la tumeur, après être restée quelque temps indolente, devient le siége d'une certaine cuisson qui porte les malades à l'irriter avec les dents; sa base s'élargit, son sommet se fend et se déchire, et il en résulte une plaie, de laquelle il ne s'écoule que peu de suppuration. Mais dès le moment où l'ulcère est constitué, il a une marche envahissante, il fait de jour en jour des progrès; sa surface s'élargit, devient granuleuse et inégale, puis fongueuse; ses bords sont renversés en dehors et calleux, il survient parfois des douleurs lancinantes, mais s'il se manifeste des engorgements ganglionnaires, ce n'est pas avant le quatrième mois.

Ainsi le cancroïde débute par un tubercule; c'est sous la forme d'une ulcération qu'apparaît le chancre; celui-ci atteint rapidement son développement, puis, restant quelque temps stationnaire, il tend à se cicatriser; la tumeur épithéliale une fois ulcérée a toujours une marche envahissante, sans tendance aucune à la réparation. L'un est indolent, l'autre est parfois le siége de douleurs lancinantes. Si l'aspect de la plaie, l'induration qui l'accompagne ne sont d'aucune utilité pour éclairer le diagnostic, il est un signe qui nous guidera à coup sûr dans les cas difficiles, c'est l'engorgement ganglionnaire;

accident précoce dans le chancre infectant dont il est le satellite obligé. Dès les premiers jours, il fait souvent défaut dans le cancroïde, et quand il se montre, ce n'est jamais avant le quatrième mois.

Épithélioma papillaire. Il existe sur la langue, les lèvres, les gencives une espèce d'ulcération que M. Ch. Robin signale ainsi qu'il suit dans ses cours et dont il a publié un exemple observé sur le scrotum (*Moniteur des hôpitaux*, 24 février 1855). Cette ulcération, qui n'est pas de nature cancéreuse, est désignée sous le nom d'épithélioma papillaire. Elle naît généralement dans une fissure, sur un point chroniquement irrité. « Cet ulcère a pour base un tissu particulier, gris, dur, lardacé, différent de texture à sa surface et dans sa profondeur. Dans sa profondeur, sa structure rappelle celle du derme, mais avec multiplication en proportion considérable de l'un de ses éléments, les cystoblastions, très-peu nombreux à l'état normal; sa surface correspond évidemment à la couche papillaire, et si cette couche est ici plus épaisse qu'à l'état sain, elle n'a augmenté d'épaisseur que proportionnellement à la portion dermique sous-jacente. Cette couche papillaire est conservée malgré une excavation profonde que présente l'ulcère; mais cette couche diffère de l'état normal plus encore que la portion dermique, car il n'y a pas seulement multiplication d'un de ses éléments, il y a production dans l'épaisseur des papilles d'un élément anatomique qui habituellement ne se trouve qu'à leur surface; savoir, des noyaux d'épithélium. La surface même de ces papilles, en se segmentant par division de la substance interposée aux noyaux, fournit à la production incessante de cellules qui, en se desquamant, approfondissent de plus en plus l'ulcère, mais pourtant sans faire disparaître la même couche papillaire, parce qu'à mesure qu'elle perd à la surface, elle gagne en profondeur aux dépens de la portion dermique sous-jacente, qui en fait autant à l'égard du tissu cellulaire sur lequel elle repose. Telle est la marche physiologique de cette ulcération et le mécanisme de l'agrandissement en profondeur et en largeur de la plaie. »

On voit que cette ulcération qui, par son aspect, la dureté des tissus qui l'environnent, rappelle le chancre infectant, s'en distingue par sa marche chronique et envahissante, sans tendance à la cicatrisation, sa profondeur, l'absence d'adénopathie et de manifestations générales.

Aphthes. Sous le nom d'aphthes les auteurs ont désigné une foule d'affections de nature fort différente : c'est ainsi qu'on trouve décrit sous cette dénomination des érythèmes simples, des affections pseudo-membraneuses avec soulèvement de l'épithélium par une fausse membrane, des exsudations d'une substance molle caséeuse, de véritables ulcérations et même des eschares gangréneuses. Nous ne traiterons que de l'aphthe ulcéré.

L'on sait que l'aphthe se présente sous deux formes, forme confluente, forme discrète. L'aphthe confluent (stationnaire de Guersant) ne saurait être confondu avec le chancre, je n'en parlerai donc pas. L'aphthe discret peut seul simuler l'accident primitif, et cette analogie d'aspect a plus d'une fois frappé les auteurs. C'est ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, qu'on lit dans le traité pratique des maladies des enfants du Dr Berton : « Une ressemblance parfois assez grande existe entre le chancre vénérien et l'ulcération aphtheuse : l'un et l'autre succédaient à une pustule plus ou moins petite, et sont en outre caractérisés par une perte de substance plus ou moins profonde à bords élevés, taillés à pic et à fond grisâtre. »

Cette dernière variété consiste d'abord en une vésicule transparente ou d'un gris de perle, qui le jour même ou le lendemain de son apparition s'entoure d'un bourrelet gris, blanchâtre, dur. Cette vésicule se rompt, l'épithélium se détache et il reste alors à nu une ulcération lenticulaire dont l'aspect peut revêtir différentes formes. Tantôt cette ulcération est superficielle ; ses bords sont aplatis et son fond sécrète une matière pultacée, blanche, adhérente qui finit par se détacher et tomber au milieu de la salive ; dans ce premier cas l'aphthe simule plutôt la plaque muqueuse que l'accident primi-

tif. Tantôt au contraire, avec la même étendue, avec la même forme, ses bords et sa surface sont saillants et durs : sous cet aspect l'aphthe se rapproche du chancre syphilitique. Tantôt enfin l'ulcération s'agrandit en surface, ses bords sont coupés assez nets, rouges et douloureux, sa base dure et engorgée : l'aphthe est dit alors *ulcéreux;* il se rapproche davantage encore du chancre. Dugès a signalé cette ressemblance et il s'est attaché à établir le diagnostic différentiel. D'après lui, « les bords de l'aphthe, arrivé à cet état, n'offriraient que rarement les contours sinueux qui caractérisent les chancres ; jamais ils n'offriraient autant de profondeur et de dureté ; jamais enfin ils ne feraient de progrès aussi considérables et ne persisteraient pas avec la même opiniâtreté. » Ajoutons pour compléter ce tableau les considérations suivantes : Le chancre est très-généralement solitaire, l'aphthe est presque toujours multiple. L'adénopathie est fatale avec le chancre; de plus elle est remarquablement indolente dans la plupart des cas ; au contraire elle est loin d'être constante avec l'aphthe, et lorsqu'elle se manifeste elle revêt le caractère d'une adénite inflammatoire. La base de l'aphthe peut être dure, mais cette dureté présente les caractères d'un gonflement inflammatoire; elle est douloureuse au toucher ; ajoutons que ce gonflement disparaît en quelques jours. Toute autre est l'induration du chancre, elle se produit à froid et reste indolente ; elle est essentiellement persistante ou bien moins fugace. L'aphthe est souvent critique, il accompagne un état général qui suffira souvent à éclairer le diagnostic ; rien de semblable dans le chancre. En dernier lieu, la durée pourra servir au diagnostic. L'aphthe discret, d'après Guersant, parcourt ses périodes dans l'espace d'un septénaire ; parfois même il est bien plus fugace ; le chancre est bien autrement persistant.

Herpès. L'herpès de la bouche ne présente pas pour nous les mêmes difficultés de diagnostic que l'herpès des organes génitaux. L'on sait qu'il est constitué par un groupe de vésicules transparentes, remplies par un liquide incolore ou citrin. La plupart de

ces vésicules sont très-petites, mais quelquefois elles prennent les dimensions d'une lentille ou d'un gros pois ; peu après, elles s'affaissent, se flétrissent, se rompent et laissent écouler un liquide qui se concrète en croûtes jaunes ou noirâtres. C'est sous cet aspect que l'herpès pourrait être confondu avec l'accident primitif de forme ecthymateuse. Ajoutez, pour compléter cette ressemblance, qu'en certains cas le malade arrache cette petite croûte, irrite l'ulcération sous-jacente, et que celle qui se reforme est à la fois plus épaisse et plus étendue. Mais plusieurs signes peuvent servir au diagnostic différentiel : le début de l'affection par un groupe de vésicules, l'état de la base qui reste molle, l'état des ganglions qui sont indemnes de tout engorgement, le peu d'épaisseur de la croûte, la rapidité de l'évolution de la maladie, etc. Sur la muqueuse l'herpès se confond avec l'aphthe vésiculeux dont j'ai indiqué le diagnostic.

Plaques opalines chez les enfants. Après l'aphthe et l'herpès, je mentionnerai une affection toute particulière, non encore décrite dans les traités cliniques, dont M. Fournier m'a montré plusieurs exemples à l'hôpital des Enfants. « Il se produit souvent chez les jeunes enfants, au niveau des commissures, une sorte de plaque grisâtre ou d'un blanc laiteux s'étendant sur l'une et l'autre lèvre. Cette plaque semble formée par l'épiderme ramolli, soulevé et comme macéré. On remarque en effet que cette petite ulcération existe surtout chez les enfants dont la salive séjourne aux commissures. A ce degré, cette lésion simule la plaque muqueuse à tromper l'œil le plus exercé; mais, à un degré plus avancé, l'écartement des lèvres détermine au niveau de la commissure d'abord une éraillure linéaire; puis bientôt une fissure véritable succède une ulcération que les tiraillements des lèvres continuent à élargir et qui, grattée, tourmentée par les enfants, finit par constituer une plaie dont la guérison est souvent difficile à obtenir. Cette plaie ne dépasse guère l'étendue d'une lentille ou plus rarement d'une pièce de 50 centimes; elle est en général recouverte d'une sécrétion jaunâtre

dans sa portion cutanée. L'ulcération sous-jacente à la croûte est le plus souvent superficielle. » (Communiqué par M. A. Fournier.) A cette période, cette affection peut simuler le chancre des commissures. Toutefois l'absence de l'induration, de l'adénopathie spécifique suffira, aidée du reste des commémoratifs à prévenir une fâcheuse confusion.

Stomatite ulcéreuse, ulcéro-membraneuse. La stomatite ulcéro-membraneuse, lorsqu'elle n'attaque qu'un seul point de la muqueuse buccale, peut avoir quelque ressemblance avec l'accident primitif de cette cavité. Cette affection débuterait, d'après M. Bretonneau, par la formation de pellicules grisâtres, ordinairement minces sur le bord sinueux des gencives, qui alors se gonflent, deviennent saignantes, puis s'ulcèrent. Souvent une ulcération semblable occupe le point correspondant de la joue ; la muqueuse est gonflée, blanche et le plus souvent superficiellement ulcérée. Cette pseudo-membrane que l'on peut enlever forme une plaque d'aspect grisâtre qui fait saillie sur la muqueuse ; les tissus sur lesquels elle repose ne sont le siége d'aucune induration ; les ganglions voisins restent dans le calme, ou s'ils sont l'objet de quelque manifestation, c'est toujours un engorgement douloureux que l'on a à constater.

Parfois c'est la forme simplement ulcéreuse qu'il faut distinguer du chancre. L'ulcération, dans ce cas, peut être plus profonde, plus nettement découpée ; ses bords sont souvent taillés à pic, mais il y a absence d'induration, d'engorgement ganglionnaire ; le traitement par le chlorate de potasse fait voir par son efficacité que l'on n'a pas à traiter un accident syphilitique.

Ulcérations mercurielles. Les ulcérations mercurielles sont difficilement confondues avec le chancre ; il est rare, en effet, qu'une ulcération unique se produise sous l'influence des mercuriaux. Le siége d'ailleurs des ulcérations mercurielles est fort différent de celui qu'affectait généralement les chancres ; l'on sait, en effet,

que la stomatite débute généralement au niveau de la dernière molaire de la mâchoire inférieure, et généralement, comme l'a fait remarquer notre maître, du côté sur lequel les malades ont l'habitude de reposer pendant le sommeil ; que de plus cette ulcération s'accompagne du boursouflement de la gencive au niveau du collet des dents. Le chancre, au contraire, est le plus souvent sur les lèvres ou sur la pointe de la langue. Ajoutez qu'en général les ulcérations mercurielles s'accompagnent de tous les signes de cette stomatite spécifique (salivation, gonflement douloureux des glandes salivaires, fétidité de l'haleine, etc.), tous phénomènes qui, dans les cas ordinaires, indépendamment des commémoratifs, ne permettent pas d'erreur de diagnostic.

Mais il est certains cas dans lesquels la stomatite mercurielle, loin de se généraliser, se localise au contraire sur un point limité de la bouche qu'elle affecte uniquement. Si, par exemple, un point de la muqueuse se trouve en contact avec le fragment anguleux d'une dent, avec une couche de tartre rugueuse et proéminente, c'est en ce point que l'ulcération se montrera pour y rester limitée : à l'inflammation succédera, sous la double influence de l'irritation vulgaire et de l'irritation spécifique, une ulcération d'une certaine étendue, creuse, à bords irréguliers et pouvant simuler l'accident primitif. J'ai observé pour ma part plusieurs faits de ce genre. Dans ces cas, les commémoratifs viendront éclairer le diagnostic ; de plus, l'absence de l'adénopathie et de l'induration spécifique ne permettent pas la confusion avec le chancre infectant. En cas de chancre simple, l'inoculation dissipera toute erreur.

Scorbut. Je ne ferai que mentionner les ulcères scorbutiques : les ulcérations de cette nature ne sauraient en effet en imposer pour des chancres. Elles se présentent avec des bords flasques et spongieux, elles reposent sur des parties tuméfiées ; leurs contours sont rréguliers ; leur fond mou, brun, d'un rouge violacé, livide et de consistance fongueuse ; leur siége de prédilection est sur les gencives

qu'elles envahissent parfois dans une assez grande étendue, et à la racine des dents qui sont bientôt ébranlées et déchaussées. Ces plaies, accompagnées d'une douleur vive, fournissent un pus sanguinolent qui donne à l'haleine une odeur extrêmement fétide, saignent à la moindre pression. On voit en même temps tous les symptômes généraux du scorbut (teint pâle, œdème des membres inférieurs, taches scorbutiques, tendance aux hémorrhagies), ce qui ne laissera aucun doute sur l'affection qu'on a devant les yeux.

Scrofulides. Je répéterai pour la scrofule ce que j'ai dit pour la syphilis : c'est que toutes les lésions cutanées ont leurs analogues sur les muqueuses. A côté de chaque scrofulide cutanée, on pourrait tracer l'histoire parallèle d'une scrofulide muqueuse correspondante. Il existe donc pour la muqueuse comme pour la peau un ecthyma, un impétigo, un lupus, etc., d'origine scrofuleuse. Toutes ces différentes formes peuvent siéger dans la bouche.

Ce ne sont que les scrofulides ulcéreuses qui peuvent, sur la muqueuse buccale, simuler l'accident primitif; elles se montrent de préférence à la commissure (Bazin), ou au bord libre des lèvres. On les a observées aussi sur la muqueuse palatine. Dans un cas bien remarquable que je vis à l'hôpital des Enfants, cette variété de scrofulide occupait la muqueuse de la joue; un fait assez piquant c'est que, dans ce dernier cas, la face cutanée de la joue, à ce même niveau, était le siége d'une syphilide crustacée ulcéreuse. D'après M. Bazin, la première et la seconde enfance prédisposent aux scrofulides de la muqueuse bucco-gutturale. Ce qui aidera singulièrement le diagnostic différentiel de cet accident et du chancre, ce sera la coexistence d'éruptions et d'ulcérations analogues siégeant sur la peau, souvent même au voisinage de la région qui nous occupe. Ce sera de plus la connaissance des commémoratifs, de l'âge du malade, de ses antécédents; toutes notions qui, jointes à l'absence de l'induration et de l'adénopathie spécifique, laisseront peu de prise à l'erreur.

Lupus. Des différentes variétés de lupus, il n'en est qu'une qui puisse revêtir l'aspect du chancre, c'est le lupus ulcéreux ; encore n'est-ce, en général, qu'au début de l'affection que la confusion pourra être commise. Le lupus, en effet, débute par une petite tumeur à laquelle on donne le nom de tubercule. Celui-ci est indolent, il a une marche chronique et peut rester longtemps stationnaire ; au bout d'un temps variable, sa surface prend une teinte violacée, il se ramollit; il se forme alors de petites croûtes qui tombent, et se renouvellent jusqu'à ce qu'il survienne une ulcération. Cette plaie se recouvre de croûtes; la maladie se continue par des tubercules nouveaux qui se développent au niveau des points déjà malades, en suivant la marche que je viens d'indiquer et s'ulcérant à leur tour. Cette marche chronique, la présence d'un tubercule auquel l'ulcération ne fait que succéder, l'aspect de l'ulcération, l'absence d'engorgement ganglionnaire, etc., sont autant de signes qui différencient cette affection de l'accident primitif. Ajoutez cette considération importante, que le lupus de la cavité buccale n'est presque jamais que consécutif.

Ulcérations tuberculeuses. La diathèse tuberculeuse, qui affecte si souvent la muqueuse du larynx (phthisie laryngée), ou celle de l'intestin (entérite tuberculeuse) étend quelquefois ses manifestations jusque sur la muqueuse buccale. D'après M. Ricord, les ulcérations de la bouche, dues à cet ordre de causes, ne seraient pas très-rares. Il faut convenir cependant que jusqu'à ce jour elles ont peu fixé l'attention des observateurs. Leur histoire est restée dans l'oubli, et je n'en ai trouvé nulle part une description satisfaisante. Il serait imprudent de donner les caractères généraux de cette ulcération si peu connue ; je préfère m'en tenir à l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Ricord.

B... Pierre, 24 ans, colporteur, entré au Midi le 21 octobre 1856.

Sujet maigre, constitution affaiblie; cependant pas de lésions fonctionnelles, appétit conservé. Blennorrhagie en 1854, dégénérée en suintement habituel, pas d'antécédents syphilitiques.

Ce malade raconte que dans le mois d'avril ou de mars, il fut affecté d'un bouton siégeant sur la face inférieure de la langue; ce bouton complétement indolent à son début, ne tarda pas à produire une ulcération qui s'élargit beaucoup dans les mois suivants, et prit les dimensions d'une pièce de 20 centimes. Consulté à cette époque, un médecin de la ville prescrivit un traitement à l'iodure de potassium et pratiqua des cautérisations répétées au nitrate d'argent; cette médication, continuée pendant deux mois, n'exerça aucune influence sur l'ulcération qui continua à se creuser et à grandir.

État actuel, octobre 1856. Sur la face inférieure de la langue et vers l'extrémité de l'organe, ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, arrondie, creuse et d'aspect véritablement chancreux. Les bords de l'ulcération sont nettement taillés comme si la perte de substance eût été produite par un emporte-pièce, le fond est grisâtre, anfractueux, irrégulier, sa base est remarquablement dure; les ganglions sus-hyoïdiens sont un peu développés; il en est de même des ganglions mastoïdiens à gauche.

Depuis quelques mois le malade perd ses cheveux; il se plaint de maux de gorge et d'enrouement assez fréquents; l'on crut tout d'abord à *un chancre induré de la langue*, et un traitement spécifique fut prescrit.

Mais ce diagnostic fut bientôt modifié; quelques semaines ne s'étaient pas encore écoulées, que le malade fut pris d'une diarrhée abondante et rebelle, malgré la suspension du traitement mercuriel; il s'amaigrit beaucoup et commença à tousser. L'auscultation fit constater des signes non douteux d'une tuberculisation commençant au sommet de l'un des poumons; enfin, l'enrouement augmenta, la voix ne tarda pas à s'éteindre presque complétement; des crachats purulents avec stries sanguines furent rendus à plusieurs

reprises, et l'existence d'ulcérations laryngées devint évidente; aucun symptôme de syphilis ne vint s'ajouter à ce triste tableau.

L'ulcération linguale était restée stationnaire ; en présence des phénomènes qui s'étaient produits, M. Ricord avait abandonné son premier jugement et, renonçant à l'idée d'un chancre infectant, il considéra cette ulcération comme étant de nature tuberculeuse et complétement analogue aux ulcérations laryngées; dans les mois suivants, les symptômes allèrent en s'aggravant; le malade tomba dans le marasme et succomba l'année suivante aux progrès de la tuberculisation, comme le prouve l'autopsie.

Furoncles. Les affections furonculeuses que l'on rencontre sur les lèvres et les amygdales peuvent aussi à une certaine période simuler le chancre; il est vrai, leur début a quelque chose de particulier; c'est d'abord une élevure dure, conique, très-douloureuse, qui n'est point ulcérée; mais lorsque cette petite tumeur est surmontée de la plaie par laquelle doit sortir le bourbillon, elle se présente avec le fond grisâtre et soulevé qui rappelle le chancre, avec des bords déchiquetés et durs. J'ai eu dernièrement l'occasion d'observer un cas de ce genre à l'hôpital du Midi, et je puis affirmer qu'une ressemblance plus grande ne saurait exister entre le chancre mou et une ulcération quelconque; il n'y avait dans ce cas aucun retentissement sur les ganglions voisins, et au bout de huit jours le malade était guéri ; de petites plaies de cette nature, taillées comme à l'emporte-pièce, ne sont pas rares sur les amygdales. Mais si l'aspect peut faire confondre de semblables accidents avec le chancre primitif de la cavité buccale, celui-ci s'en distingue par son début indolent, sa marche lente, son état stationnaire, son retentissement indolent sur les ganglions voisins. Le furoncle est au contraire douloureux, puis une fois l'ulcération établie, il se détache un bourbillon; après sa sortie, la plaie se cicatrise rapidement, ordinairement après un septénaire ; si les ganglions lymphatiques de la région

ne restent pas dans le calme, ils sont le siége d'une tension qui est toujours douloureuse.

Charbon, pustule maligne. Je signalerai seulement le charbon et la pustule maligne, sans m'arrêter sur le diagnostic de ces affections. La dernière a son siége presque exclusif sur les lèvres dans la région buccale ; elle débute par une vésicule, que bientôt le malade crève en se grattant, à cause des demangeaisons qu'elle occasionne, puis à sa place on voit une petite ulcération entourée d'un bourrelet dur, saillant, qui lui-même se recouvre de vésicules semblables à la première ; mais à peine vingt-quatre heures se sont écoulées, que les symptômes tranchent nettement la difficulté du diagnostic ; il se manifeste un gonflement considérable qui, partant de la pustule, s'étend au loin de proche en proche. J'ai vu, dans un cas de ce genre, la lèvre inférieure, le cou, et la partie latérale et antérieure du tronc, présenter un gonflement énorme ; j'ai également entendu M. Nélaton rapporter un fait identique, dans lequel c'est cette tuméfaction qui met sur la trace de la maladie dont le début avait passé inaperçu.

Le charbon, quand il débute par la bouche, est presque toujours le résultat d'une contagion directe. Les auteurs en rapportent de nombreux exemples. La période d'invasion est courte, elle dure ordinairement 24 heures. Les symptômes qui accompagnent cette affection dès le début écarteront les soupçons sur l'existence d'un chancre. Les lèvres, la langue sont le siége d'une chaleur brûlante, d'une douleur vive qui se manifeste par des élancements et cause des défaillances. Le malade éprouve dans la partie affectée un sentiment pénible comparable à celui que produirait une ligature, puis alors, au milieu des symptômes généraux, (pouls petit, soif ardente, peau sèche), la partie frappée de charbon se tuméfie, il s'y développe des pustules qui noircissent promptement. Elles sont superficielles, supportées par une petite tumeur peu saillante, douloureuse, d'un rouge vif vers sa circonférence, toujours noire et livide au

centre. Il y a trop loin de là aux symptômes sous lesquels se présente le chancre pour qu'il soit utile d'y insister plus longuement.

Ulcérations du frein de la langue dans la coqueluche. Si je signale cette lésion, c'est qu'aucune ulcération ne saurait peut-être au même degré simuler l'accident primitif ; c'est que, de plus, sur les enfants à la mamelle, exposés par conséquent à la contagion buccale, elle pourrait donner lieu à de singulières erreurs de diagnostic.

Signalée par M. Lersch (*Annales de Schmit* 1844), étudiée par Braun, Brück, Gamberini, cette ulcération est un phénomène qui se présente très-souvent dans la coqueluche. Elle occupe en général le frein, quelquefois la face inférieure du corps de la langue; quelquefois arrondie, d'autres fois transversale, elle offre généralement l'étendue d'une lentille ou d'un haricot ; elle est creuse, profonde, elle attaque le derme lingual ; son fond est lardacé, ses bords taillés à pic; son aspect est celui d'un chancre, et, dans les quelques cas qu'il m'a été donné d'observer, j'avoue que cette ressemblance m'a vivement frappé. A ne consulter donc que l'apparence extérieure de l'ulcération, le diagnostic présente quelque embarras. Mais tels sont les phénomènes concomitants, (toux convulsive avec sifflements, etc.), qu'ils ne laissent plus de prise à l'erreur.

Ulcérations dues à la présence d'une dent cariée. Le diagnostic de ces ulcérations pourra toujours être établi par la présence de la cause. Siégeant en effet le plus souvent sur les bords de la langue et les joues, elles sont produites par l'irritation causée sur ces parties par des chicots irréguliers et anguleux. Il n'est pas nécessaire pour cela que les morceaux de dents soient très-longs et très-apparents ; ce n'est parfois qu'une petite pointe peu saillante, que l'œil a peine à découvrir, mais que l'on reconnaît facilement avec la pulpe du doigt. La maladie commence fréquemment à la suite d'une morsure qui a eu lieu

pendant la mastication ; parfois, c'est un fragment anguleux qui amène l'ulcération sans que le malade en ait conscience : il éprouve dans le point irrité un peu de gêne, qui l'engage à frotter contre les dents les parties molles voisines; celles-ci se gonflent et il se forme une petite excoriation qui sans cesse irritée s'accroît et se creuse. Ses bords se tuméfient et s'indurent, deviennent calleux. C'est à cet état que cette plaie peut avoir une certaine ressemblance avec le chancre. Mais la dureté de la base n'est point la même dans les deux cas. Revêtant dans l'un le caractère spécifique, elle reste dans l'autre œdémateuse, inflammatoire. L'engorgement des ganglions, précoce dans le chancre, se remarque par son indolence; dans l'autre cas, c'est plutôt une tension douloureuse qui survient en même temps que l'ulcération s'exaspère. Enfin l'absence de symptômes cocomitants de syphilis, la présence de la cause qui peut toujours être perçue, la guérison rapide obtenue après l'ablation de la dent, aideront à reconnaître les ulcérations produites par l'irritation que causaient les dents cariées.

Ulcérations produites par le tartre des dents. Des ulcérations analogues aux précédentes sont quelquefois produites par le tartre des dents. Accumulée sur le collet et s'amassant quelquefois sur la couronne, cette substance constitue une couche dure et rugueuse qui, par son contact incessant avec la muqueuse buccale, ne tarde pas à produire sur cette dernière une irritation, puis une ulcération réelle. C'est surtout au niveau des canines inférieures que cet accident se rencontre.

Les quelques considérations suivantes pourront éclairer le diagnostic. L'ulcération se trouve exactement au niveau d'une portion de dent recouverte par le tartre; par son étendue, par sa forme, elle en reproduit le moule, l'impression en quelque sorte. Du reste, absence de l'induration spécifique, pas d'engorgement ganglionnaire. La médication peut servir encore au diagnostic. Il suffira de

nettoyer la dent pour que la cicatrisation se produise en quelques jours.

Voici un exemple de ces ulcérations produites par le tartre des dents.

S.... Ernest, 25 ans, bonne santé habituelle, pas d'antécédents syphilitiques. Affecté depuis plusieurs semaines d'une ulcération de la bouche, il n'a fait jusque-là aucun traitement. Cette ulcération siége à la face muqueuse de la lèvre inférieure dans le point qui correspond à la base de la canine droite ; elle est ovalaire, à grand axe vertical, et sa direction est celle de la dent sur laquelle elle s'applique exactement. Elle est profonde à son centre, superficielle à sa circonférence ; son fond est rouge, saignant, inégal ; son étendue est de 8 à 10 millimètres en hauteur et 5 à 6 transversalement ; sa base est molle. D'aspect, elle rappelle assez bien ces chancres superficiels à surface violacée et comme vineuse, que l'on rencontre quelquefois sur le gland. Une épaisse couche de tartre se remarque sur les dents, spécialement sur la canine droite, dont le collet ainsi qu'une partie de la couronne est complètement recouvert par une incrustation calcaire à surface inégale et raboteuse.

Le début de l'ulcération remonte déjà à plusieurs semaines ; mais avant cette époque la muqueuse avait été à plusieurs reprises excoriée par le frottement de la dent. Le tartre fut enlevé avec précaution et les dents nettoyées.— Gargarismes au chlorate de potasse ; cautérisation superficielle de l'ulcération avec le nitrate d'argent ; guérison presque immédiate ; cicatrisation obtenue au huitième jour.

Brûlures. Je ne ferai que mentionner ici les brûlures dont l'apparence extérieure pourrait seule jeter quelque doute sur le diagnostic. Dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer, une brûlure de la muqueuse buccale par du café bouillant avait produit une ulcération assez profonde, arrondie, à bords irréguliers, à base œdémateuse.

Les renseignements fournis par les malades éclaireront suffisamment le diagnostic, pour qu'il soit inutile d'insister sur ce point.

Plaques des fumeurs. A côté des brûlures, il nous faut placer un accident que l'on pourrait à juste titre considérer comme le résultat d'une brûlure chronique ; ce sont ces ulcérations produites par l'usage immodéré du tabac à fumer et que l'on désigne parfois dans la pratique sous le nom de *plaques des fumeurs.* Ce n'est pas d'emblée que s'établissent ces ulcérations qui, à leur dernier degré de développement acquièrent une assez grande ressemblance avec le chancre ; aussi, allons-nous les suivre dans leur évolution.

C'est surtout chez les fumeurs de cigarettes et chez ceux qui font usage de ces pipes connues sous le nom de *brûle-gueule* que l'on a l'occasion de les observer. On pourrait presque assigner trois périodes bien distinctes à leur évolution. Dans la première, la muqueuse est le siége d'un simple érythème ; elle est rouge, dépolie, sensible; c'est une brûlure au premier degré. Si alors la cause continue à agir sur cette surface déjà malade, on voit parfois sur la langue, souvent sur les lèvres, la muqueuse blanchie, cuite pour ainsi dire, ramollie par les liquides contenus dans la cavité buccale, se soulever par petits lambeaux ; mais souvent elle reste adhérente aux tissus sous-jacents, se double d'une exsudation plastique, offre une surface d'aspect blanchâtre, d'une consistance assez ferme, insensible, qui pour l'aspect rappelle assez bien la plaque muqueuse. C'est là ce qui constituerait la seconde période. Arrivée à cet état, cette couche formée de dépôts plastiques et de cellules épithéliales, se fendille, se crevasse; cette espèce de membrane se détache par lambeaux et l'on trouve au-dessous de la surface qu'elle recouvrait une ulcération à fond grisâtre, assez douloureuse, à bords irréguliers, parfois déchiquetés. Si, comme cela s'observe chez quelques fumeurs intrépides, l'usage du tabac continue à irriter cette plaie, les bords deviennent calleux, son fond acquiert une certaine dureté qui a pu faire croire à l'existence d'un chancre infectant.

Hâtons-nous de dire que la ressemblance qui a pu faire confondre ces accidents tient surtout à leur aspect. Dans l'un, en effet, on trouve l'induration spécifique, cartilagineuse; dans l'autre, c'est plutôt un empâtement œdémateux; dans le premier cas, on trouve fatalement l'adénopathie caractéristique, qui fait défaut dans le second ; le siége même de l'ulcération qui est en rapport avec le point de la bouche sur lequel est immédiatement reçue la fumée, les commémoratifs, la présence de plaques à un degré moindre de développement, sont destinés à fournir de précieux renseignements; et je crois qu'en pareil cas, il suffit d'être prévenu de l'analogie qui existe entre ces deux sortes d'ulcérations pour éviter l'erreur. Les observations suivantes montrent cette lésion à différents degrés de développement.

OBSERVATION Ire.

B....., 42 ans, cuisinier; bonne santé habituelle; blennorrhagie il y a vingt ans; depuis cette époque, aucun accident vénérien.

B..... fume depuis l'âge de 20 ans, mais c'est surtout dans ces dernières années qu'il a fait abus du tabac. A plusieurs reprises il a éprouvé de violentes inflammations de la bouche, avec salivation très-abondante ; néanmoins sa passion pour le tabac n'a fait que s'accroître, et depuis un an environ, B..... ne cesse de fumer du matin au soir, ne quittant la pipe que pendant ses repas. Il n'est pas inutile d'ajouter que B..... ne fume jamais que la pipe à queue courte, vulgairement appelée *brûle-gueule.*

État actuel (mai 1856) : la muqueuse buccale, au niveau de la commissure gauche des lèvres et de la joue du côté correspondant, présente, dans l'étendue de 2 centimètres environ, un aspect tout à fait extraordinaire; elle est de *couleur blanche,* comme si elle venait de subir une cautérisation, rugueuse, sèche, dépolie, plissée. La surface qui est le siége de cette altération est un peu élevée au-dessus du niveau des parties voisines; mais cette saillie est peu considérable; au toucher elle offre un certain degré de rénitence, et la base sur laquelle elle repose donne une sensation assez analogue à celle de l'induration chancreuse dite *parcheminée.* Au niveau de la commissure, cette surface est un peu plus élevée et comme gravelée sur certains points; enfin le bord libre de la lèvre est garni de petites végétations framboesiées, du volume d'une tête d'épingle. Ces végétations

rappellent complétement, pour l'aspect, les tumeurs de même nature siégeant le plus souvent sur les organes génitaux, avec cette différence toutefois, que leur couleur est blanche et analogue à celle de la muqueuse voisine.

B..... a l'habitude de porter la pipe *du côté gauche*, près de la commissure. A ce niveau, en effet, les dents présentent l'échancrure caractéristique que l'on trouve chez les fumeurs de pipe. C'est donc sur les points habituellement en contact avec le tuyau brûlant de l'instrument que la lésion précédente s'est produite. La muqueuse buccale, dans toute son étendue, est très-rouge et très-injectée. Aucun traitement n'a été fait jusqu'à ce jour.

OBSERVATION II.

Pierre D....., 30 ans ; bonne santé habituelle; pas d'antécédent vénérien.

D..... fume depuis dix à douze ans ; il a surtout fait abus de la pipe dans ces dernières années. Cette passion pour le tabac est devenue si dominante que, depuis plusieurs mois, une année peut-être, le malade a continué à fumer malgré un violente irritation de la langue, produisant des douleurs très-vives. Aujourd'hui toute la muqueuse buccale est extrêmement rouge et congestionnée. La langue présente des lésions fort étranges, la face dorsale de l'organe est irrégulière, offrant de petits mamelons séparés par des sillons ulcérés. Çà et là, quelques exulcérations superficielles et de peu d'étendue assez analogues à des papules secondaires ; mais sur les bords et vers la pointe, existe une ulcération plus profonde, entamant le derme lingual, à fond rouge sur quelques points, et sur d'autres grisâtre et comme pseudo-membraneuse, à base empâtée et remarquablement dure. Cette dernière ulcération est séparée des plaques précédentes par une surface où la langue semble recouverte d'une couenne blanche, sorte de pseudo-membrane adhérente. L'on dirait qu'à ce niveau, l'épithélium très-épais est prêt à se séparer des couches sous-jacentes. Douleurs vives dans la mastication. L'intensité des douleurs a forcé le malade, depuis quelques jours, à renoncer absolument à l'usage de la pipe. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Traitement. L'emploi de gargarismes, émollients tout d'abord, puis alunés, suffit pour amener en quelques jours une amélioration très-prononcée. Les ulcérations persistantes furent touchées légèrement du crayon de nitrate d'argent et se cicatrisèrent rapidement, le malade ayant renoncé à l'usage de la pipe.

Trois semaines après le début du traitement, les ulcérations étaient cicatrisées ; mais la langue présentait toujours la même déformation, le même aspect mamelonnaire de la surface dorsale. Depuis cette époque je n'ai plus revu le malade. (A. Fournier.)

Pour compléter ce diagnostic, je signalerai certaines ulcérations de la bouche, qui, à une époque variable de leur existence, pourraient rigoureusement revêtir l'aspect du chancre primitif, mais qui s'en distinguent immédiatement par une série de symptômes concomitants. Telles sont les ulcérations qui, dans certains cas, succèdent aux pustules varioliques, à l'administration du tartre stibié à haute dose; tels sont encore ces ulcères plus ou moins étendus qui accompagnent encore certaines nécroses, et sous lesquels on trouve les os dénudés (nécroses dues au phosphore, ostéite scrofuleuse, nécroses syphilitiques); telles sont les ulcérations de la morve, celles qui succèdent à l'inflammation ou à des tumeurs de la bouche (abcès, kystes, tumeurs adénoïdes). Dans ces cas, les autres symptômes et les commémoratifs permettront d'établir facilement le diagnostic.

Valeur diagnostique de l'engorgement ganglionnaire.

A plusieurs reprises déjà, j'ai signalé l'adénopathie comme moyen de diagnostic différentiel. Je reviendrai en quelques mots sur ce sujet, afin de bien préciser quelle lumière le médecin peut espérer de l'état des ganglions.

Dans le chancre infectant, l'adénopathie est fatale, obligée, et j'ajouterai, ce qui est d'une extrême importance, elle est précoce; de plus, elle est essentiellement indolente, ne tend ni à s'enflammer, ni à suppurer.

Les accidents de syphilis confirmée, secondaire ou tertiaire, ne s'accompagnent par eux-mêmes d'aucun engorgement ganglionnaire. Mais la diathèse syphilitique peut affecter constitutionnellement le système des ganglions; de façon qu'indépendamment de toute lésion de la muqueuse buccale, les ganglions qui en sont les aboutissants se trouvent affectés. Cette influence diathésique ne se produit que dans la période secondaire. Avec les ulcérations tertiaires, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le cancer et les productions de nature cancéreuse affectent les ganglions, mais le retentissement que ces tumeurs exercent est toujours tardif.

Toutes les autres ulcérations dont nous avons parlé peuvent n'exercer aucun retentissement sur les ganglions; mais lorsque cette influence se produit, c'est généralement avec le caractère d'un état inflammatoire qu'elle se manifeste.

TRAITEMENT.

Je n'ai rien de particulier à signaler sur le traitement du chancre de la bouche. Nous savons en effet que les cas que nous offre le champ de la clinique appartiennent fatalement à la variété infectante. Le traitement du chancre de la bouche sera donc celui du chancre induré. Nous n'hésitons pas à dire cependant que, dans les cas où le moindre doute sur la nature du chancre viendrait à s'élever dans l'esprit du médecin, il faudrait attendre les premières manifestations secondaires pour instituer un traitement mercuriel.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'électricité galvanique; en indiquer les sources.

Chimie. — De l'acétate de plomb.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base un composé d'antimoine.

Histoire naturelle. — Énumérer, en les rapprochant par groupes, les médicaments fournis par la famille des légumineuses.

Anatomie. — De la direction des fibres musculaires dans les différentes parties du canal digestif.

Physiologie. — Toutes les parties du corps jouissent-elles de la sensibilité?

Pathologie interne. — De l'engorgement et de l'inflammation des ganglions lymphatiques.

Pathologie externe. — De l'étranglement par engouement.

Pathologie générale. — Du ramollissement considéré dans les différents tissus.

Anatomie pathologique. — Des corps fibreux de l'utérus.

Accouchements. — De la procidence du cordon ombilical.

Thérapeutique. — De l'application thérapeutique des eaux minérales alcalines.

Médecine opératoire. — Des opérations que réclame l'anus contre nature.

Médecine légale. — Des âges, considérés dans leurs rapports avec les lois.

Hygiène. — De l'influence de la castration sur la santé.

Vu, bon à imprimer.

BOUILLAUD, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.